Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Sechszehnter Jahrgang.
(Januar—December 1900.)

Berlin, 1900.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Januar. 1900. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1898.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Deutschland	53	95	56	17	115	14	12	362
Nordamerika	28	101	44	30	68	25	8	304
Grossbritannien und Colonien	18	67	47	19	100	7	15	273
Frankreich	21	68	47	37	39	46	12	270
Belgien und Holland . . .	13	42	21	13	25	1	3	118
Oesterreich-Ungarn	30	19	21	6	32	4	5	117
Russland	9	13	6	29	10	6	2	75
Spanien	1	8	2	3	7	—	4	25
Polen	3	4	2	1	9	1	1	21
Skandinavische Königreiche .	—	4	1	5	7	—	—	17
Schweiz	—	1	3	4	1	1	—	10
Italien	—	—	—	—	—	—	—	—
Zusammen	176	422	250	164	413	105	62	1592

Die Statistik der laryngo-rhinologischen Production des Jahres 1898 weist einen sehr erheblichen Rückgang auf. Wir müssen bis auf das Jahr 1887 zurückgehen (vgl. Centralblatt V, p. 2), um eine so niedrige Gesammtziffer, wie die diesjährige zu finden. Der kürzlich erklärte temporäre Fortfall der italienischen Referate kann dieses Resultat nicht erklären: die Zahl derselben ist schon seit Jahren eine zu kleine gewesen, um einen Einfluss auf das Gesammtresultat auszuüben. Weit auffallender erscheint der enorme Rückgang der Zahl der amerikanischen Arbeiten: von 600 im Jahre 1897 ist sie auf 304, also fast genau auf

die Hälfte heruntergegangen. Aehnlich liegen die Verhältnisse mit den französischen Arbeiten, die von 414 im Jahre 1897 auf 270 im Jahre 1898 heruntergegangen sind. Auch die österreichisch-ungarische Production ist erheblich gefallen (von 196 im Jahre 1897 auf 117 im Jahre 1898). Die anderen Länder sind in ihrer Production entweder stationär geblieben oder haben dieselbe um ein Unbedeutendes vergrössert.

Was die einzelnen Unterabtheilungen unseres Gebietes anbelangt, so ist ein erheblicher Rückgang zunächst in den rhinologischen Arbeiten zu verzeichnen. Von 565 im Jahre 1897 sind sie auf 422 im Jahre 1898 gefallen. Ebenso ist ein bedeutender Rückgang (von 372 auf 250) in den pharyngologischen und in den Arbeiten über Diphtheritis (von 281 auf 168) bemerkbar. In den übrig bleibenden Gebieten (Allgemeines, Kehlkopf, Schilddrüse, Oesophagus) ist die Abnahme entweder gering, oder — wie in den Arbeiten allgemeinen Inhalts — sogar eine geringe Zunahme zu verzeichnen.

Es wäre verfrüht, aus diesem auffallenden Ergebniss allgemeine Schlüsse zu ziehen. Wir müssen abwarten und sehen, ob das Ergebniss des Jahres 1899 ein ähnliches sein wird, oder ob es sich im Jahre 1898 um einmalige Zufälligkeiten gehandelt hat.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **E. Fletcher Ingals. Die Laryngologie in Amerika. (Laryngology in America.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 3. Juni 1899.*

Ein kurzer Ueberblick über die auf laryngologischem Gebiete in Amerika während der letzten 50 Jahre geleistete Arbeit.

EMIL MAYER.

2) **Spira** (Krakau). **Sammelbericht über Arbeiten aus der polnischen Literatur aus dem G biete der Nasen-, Hals-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Auszugsweise Zusammenstellung einiger Arbeiten, die anderweitig referirt werden.

CHIARI.

3) **Méneau. Ein Fall von Argyrie der Haut und der Schleimhäute nach wiederholten Aetzungen des Rachens mit Höllenstein. (Un cas d'argyrie de la peau et des muqueuses consécutive à des cautérisations répétées de l'arrière gorge par le nitrate d'argent)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

Der Kranke ist 73 Jahre alt. Die Stirn ist ganz dunkel, die Brust nur wenig

heller gefärbt. Auch die Mund- und Rachenschleimhaut zeigt eine graue Verfärbung. An einem Schleimpolyp in der Nase sind schwärzliche Granulationen zu sehen, in denen chemisch Spuren von Silber nachweisbar sind. E. J. MOURE.

4) **Menzel** (Wien). **Ueber Argyrose.** Aus der III. med. Klinik. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 20. 1899.*

Ein Patient wurde durch $9\frac{1}{2}$ Jahre wegen chronischer Pharyngitis und Laryngitis local mit 5—10proc. Lösung von Argent. nitric. gepinselt. Intern nahm Pat. kein Silberpräparat. Es zeigte sich eine graue Färbung der Schleimhaut des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes, sowie eine bleigraue Verfärbung jener Hautpartien, welche beständig dem Lichte ausgesetzt sind. Auch haben die Sclerae und Conjunctivae palpebrarum einen Stich ins Graue. Die Gesichtsfarbe wechselt mehrmals im Tage von dunkel- bis hellgrün. Eine interessante Eigenthümlichkeit ist das Auftreten nervöser Abstinenzerscheinungen, die sich geltend machen, wenn Pat. längere Zeit nicht mit dem Silbersalpeter in Berührung kommt. CHIARI.

5) **A. Alexander. Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 113. 1899.*

A. berichtet über die Erfahrungen, die in der Berliner Universitäts-Poliklinik mit dem Protargol gemacht wurden. Bei Angina, Pharynxmykose, bei tuberkulösen und anderen Geschwüren erwies sich dasselbe als wirkungslos. Dagegen brachte es Nutzen bei chronischem Rachenkatarrh (Pinselung mit 1proc. Lösung), bei der chronischen Laryngitis der Sänger und besonders bei der Behandlung der Empyeme. In letzterer Hinsicht schreibt ihm A. eine besondere Bedeutung zu; er kennt „kein Medicament, welches eine einfache uncomplicirte Schleimhauteiterung, speciell die Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut, so prompt beseitigt, wie das Protargol.“ — Auch beim Heuschnupfen leistete das Protargol gute Dienste; A. empfiehlt statt des Sprays Massage der Nasenschleimhaut mit $\frac{1}{2}$—5proc. Lösung.

F. KLEMPERER.

6) **Baumgarten** (Budapest). **Das Phenolum natro-sulforicinicum in der Rhino-Laryngologie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 35. 1899.*

B. berichtet über sehr gute Erfolge mit der Anwendung obigen Mittels bei der Ozaena. Weniger günstige Resultate erzielte er bei Tuberculose und Papillombildung. CHIARI.

7) **Walter A. Wells. Der Werth des Thiols in der Nasen- und Halspraxis. (The value of Thiol in nose and throat practice.)** *Philad. Medical Journal. 15. April 1899.*

Verf. gebrauchte Thiol 10proc. oder als 2proc. Spray bei acuter Pharyngitis und Tonsillitis. Er hält es für besonders wirksam bei gichtischen und rheumatischen Halsaffectionen und rühmt seine adstringirenden, antiseptischen und schmerzstillenden Eigenschaften. EMIL MAYER.

8) **Goldmann. Der therapeutische Werth des Tannoform.** *Wiener med. Presse. No. 9 u. 10. 1899.*

Auch bei chronischem Katarrh der oberen Luftwege soll sich Tannoform in Pulverform und in Lösung gut bewähren. CHIARI.

9) **Albertin** (Lyon). **Intoxication bei der chirurgischen Anwendung des Orthoforms. (Intoxications produites par l'emploi chirurgical de l'orthoforme.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 9. März 1899.*

Alle hisherigen Publicationen proclamiren die vollständige Unschädlichkeit des Orthoforms. Nach A.'s Erfahrungen scheint es aber, als ob diese optimistische Anschauung der Revision bedarf und als ob auch das Orthoform üble Zufälle herbeiführen könne. Die Intoxicationserscheinungen, die A. beobachtete, sind Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen. Das bemerkenswertheste Symptom aber war ein Erythem von weinrother Farbe, das in isolirten oder confluirenden, leicht hervorragenden Flecken auftrat.

A.'s Beobachtungen sind spärliche und mögen ausnahmsweise sein; sie genügen aber, zu einer gewissen Vorsicht im Gebrauch des Orthoforms anzuregen.

PAUL RAUGÉ.

10) **K. Franz. Acute Jodvergiftung.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte in Wien, Versammlung am 7. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1899.*

Nach 2 g Jodnatrium. Die Ursache dürfte in der Unfähigkeit der krankhaft veränderten Nieren, Jod zu eliminiren, zu suchen sein; es bestand u. A. eine Nephritis chronica interstitialis, Hypertrophia et dilatatio cordis, Hydrops ascites, Pericarditis serofibrinosa, Cirrhosis hepatis. CHIARI.

11) **Henry L. Swain. Die locale Anwendung von wässrigem Extract von Schafsnebennieren in Nase und Hals. (The local use of the aqueous extract of the suprarenal glands of the sheep in the nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 24. December 1898.*

Vergl. den Verhandlungsbericht der 20. Jahresversammlung der American Laryngological Association (Centralbl. XV, H. 11, S. 539). LEFFERTS.

12) **A. C. Wood. Der therapeutische Werth der Nebennieren. (The therapeutic value of the suprarenal bodies.)** *Philad. Med. Journal. 1. April 1899.*

W. hält es für definitiv erwiesen, dass das Suprarenalextract ein directes Stimulans für das Herz oder die Blutgefässe oder für beides ist. EMIL MAYER.

13) **H. J. Hewes. Die therapeutische Verwendung der Nebennierensubstanz. (Therapeutic use of suprarenal substance.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Juni 1899.*

Verf. applicirte das Nebennierenextract mit Cocain auf die Schleimhaut vor Operationen am Nasenseptum u. ähnl. und erzielte eine absolute Blutleere und vollständige Anaesthesie der Theile für 1—2 Stunden. Ueble Nebenwirkungen wurden nicht constatirt. EMIL MAYER.

14) **W. Scheppegrell. Die Schleich'sche Methode der Narkotisirung mit besonderer Bezugnahme auf die Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis. (The Schleich method of general anaesthesia with special reference to nose, throat and ear practice.)** *Memphis Lancet. März 1899.*

Verf. erwähnt einen Fall, bei dem er eine Operation am Ohre unter Schleich-scher Narkose vorgenommen hat. Alle bisherigen Berichte sind soweit ermuthigend. (Und doch ist die allgemeine Meinung dem Gebrauch der Methode entgegen.)

EMIL MAYER.

15) **M. Mercier. Die allgemeine Technik der Cocainanästhesie. (Technique générale de l'anesthésie cocainique.)** *L'Union Médicale de Canada. 1899.*

Die Contraindicationen gegen den Gebrauch von Cocain sind dieselben, die für das Chloroform gelten. Bei Nasenbluten gebraucht Verf. mit Nutzen einen in 1—2proc. Lösung getauchten Tampon.

EMIL MAYER.

16) **W. Koster** (Leiden). **Ueber die schädliche Wirkung von Murias cocaini. (Over de schadelyke werking der murias cocaini.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 621. 1899.*

Es ist hier nur von dem Gebrauch des Cocain in der Augenheilkunde die Rede.

H. BURGER.

17) **Clarence G. S. Godfrey** (Melbourne Victoria). **Cocainomanie. (Cocainomania.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1899.*

G. beobachtete eine Reihe von Patienten, die sich den Cocaingebrauch theils zur Entwöhnung von Morphinismus, theils durch den Spray, den sie wegen häufig wiederkehrender Coryza gebrauchten, angewöhnt hatten. Er beschreibt die geistigen Symptome und die körperlichen Degenerationserscheinungen, die der Cocainismus im Gefolge hat. Die sofortige Entziehung des Mittels hält er für besser, als die allmähliche Reduction der Gaben. Zur Bekämpfung der Depression empfiehlt er Heissluftbäder und Spartein. sulfuricum.

A. J. BRADY.

18) **Bardet. Anästhesie durch Cocain in Aethylchlorid. (Anesthésie par le chlorure d'éthyle cocainé.)** *Société de Therapeutique. 11. Januar 1899.*

B. empfiehlt zur Anaesthesirung eine Lösung von Cocain (2—4 pCt.) in Aethylchlorid. Dieselbe wird mittelst Tampon applicirt oder eingestäubt. Man erzielt damit eine vollkommene Anaesthesie, die für kleine Operationen ausreicht. Nach B. handelt es sich dabei nicht einfach um eine Combination des Erfrierungseffectes des Aethylchlorids mit der analgesirenden Wirkung des Cocains. Er glaubt vielmehr, dass das Aethylchlorid das Eindringen des Cocains in die Gewebe gestattet und nach seinem Verdunsten ein Depot von Cocain in den oberen Schichten der Schleimhaut zurücklässt, welches langsam auf die Nervenendigungen einwirkt. Die neue Lösung hat nach B. weder die Gefahren der interstitiellen Cacaininjection an sich, noch ist sie so unzureichend in ihrer Wirkung, wie die einfache Aufpinselung einer wässrigen Lösung.

Bolognesie und Touchard haben Bardet's Verfahren mit dem besten Erfolge geprüft.

Eucain an Stelle des Cocains hat weniger gute Resultate gegeben.

PAUL RAUGÉ.

19) **Ceci** (Pisa). **Die locale Anästhesie durch Cocain combinirt mit Morphium. (De l'anesthésie locale par la cocaine combinée avec l'action générale de la morphine.)** *Semaine médicale. 8. Februar 1899.*

Der Verf., der eine etwas übertriebene Scheu vor der allgemeinen Narkose zu haben scheint, sucht die Anwendung der Cocaininjectionen zur localen Anaesthesirung zu verbessern. Er injicirt einige Minuten vor dem Cocain an derselben Stelle Morphin subcutan und zwar 0,01 bei jungen Personen, bei Erwachsenen bis 0,03 g. (Er wendet übrigens selten Morphium unter 18 Jahren an.) Die Cocainlösung ist $^1/_{200}$. Die Dauer der Anaesthesie ist $^1/_2$ Stunde, bisweilen 40—50 Minuten. Bei den geringen Cocaindosen, die er giebt, hat Verf. niemals üble Nebenwirkungen gesehen.

PAUL RAUGÉ.

20) **J. Guttmann. Holocain als locales Anästheticum bei Augen-, Ohr-, Nasen- und Hals-Operationen. (Holocain as a local anaesthetic in eye, ear, nose and throat operations.)** *New Yorker Medic. Monatsschrift. März 1899. N. Y. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Das Holocain ersetzt zwar das Cocain an Werth nicht, aber es hat doch seine Vorzüge, indem es die Gewebe nicht zur Contraction bringt und zweitens keine ernsteren constitutionellen Störungen verursacht.

EMIL MAYER.

21) **G. Milian. Locale Anästhesie durch cocainhaltiges Aethylchlorid. (Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocainé.)** *Presse méd. 21. März 1899.*

M. bestätigt in allem die Bardet'schen Angaben. Die Lösung von Cocain in Aethylchlorid in Verhältniss 1 : 5 wird in Tuben analog dem blossen Aethylchlorid aufbewahrt. Die Anästhesie tritt nach 5—6 Minuten ein.

PAUL RAUGÉ.

22) **C. Jonas. Dauerlösung von Cocain. (Permanent Cocain-Solution.)** *Gaillard's Med. Journal. Mai 1899.*

Die folgende Lösung hält sich 2 Monate ohne Veränderung:

Cocain. hydrochlor. 0,25
Aqua destill. 10,00
Acid. salicyl.
Acid. carbol. ana 0,01

EMIL MAYER.

23) **Legrand. Sterilisation von Cocainlösungen. (Sterilisation des solutions de cocaine.)** *Société de Therapeutique. 8. Februar 1899.*

Die Lösung wird 10—15 Minuten dem Dampf von 105—120° ausgesetzt; dabei wird sie zuverlässig sterilisirt, ohne an ihrer anästhesirenden Wirksamkeit die die geringste Einbusse zu erleiden.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Baldewein** (Rostock). **Die Rhinologie des Hippokrates.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. 28.*

Die hippokratischen Schriften enthalten, wie in andern Capiteln, so auch in den rhinologischen neben vielen Irrthümern und Unklarheiten, manche vortrefflichen Beobachtungen und Beschreibungen. Verf. weist das besonders an dem nach, was H. über die Nasenpolypen und über die Fracturen der Nase sagt. Mehrere instructive Abbildungen erleichtern das Verständniss der therapeutischen Massnahmen des Hippokrates.

ZARNIKO.

25) **Zarniko** (Hamburg). **Die Untersuchung der Nase.** *Die Heilkunde. Heft 12. 1899.*

Genaue Anleitung für den praktischen Art.

CHIARI.

26) **G. J. W. Patrick. Verwirrung von Geschmack und Geruch. (Confusion of tastes and odors.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Juni 1899.*

P. fand an Personen mit Anosmie, dass die Ausbildung des Geschmacksinns sie manche Dinge zu unterscheiden lehrt, die sonst von ihnen nicht erkannt werden. Er stellte experimentell fest, dass sowohl Geruch, wie auch Gesicht, Gefühl und Temperatursinn in Verbindung mit dem Geschmackssin geübt werden müssen, um die grösstmögliche Wahrnehmungsfähigkeit zu entwickeln.

EMIL MAYER.

27) **Reuter** (Ems). **Neuritis olfactoria. (Erkrankungen des Riechganglion.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. IX. H. 2. S. 147.*

R. stellt aus der Literatur und seinen eigenen Beobachtungen die Fälle zusammen, in denen es vom klinischen Standpunkt aus gerechtfertigt erscheint, Alterationen des Geruchs auf Erkrankungen des Riechganglion zu beziehen. Um den reichen Inhalt der Arbeit zu kennzeichnen, genügt die Angabe der einzelnen Kapitelüberschriften: 1. Die Neuritis olfactoria bei Influenza. 2. Die Neuritis olfactoria bei Tabes dorsalis. 3. Intoxicationsanosmien (Tabak, Cocain, Quecksilber, Blei, Morphium, Schwefelkohlenstoff und Schwefeläther.) 4. Ueberreizung des Olfactorius durch starke Riecheindrücke. 5. Pigmentatrophie der Regio olfactoria. 6. Die angeborene Anosmie. 7. Die senile Anosmie. 8. Verletzungen des Riechganglion. 9. Basalerkrankungen.

F. KLEMPERER.

28) **D. Braden Kyle. Bakterien in der Nase und ihre Beziehung zu Erkrankungen. (Nasal bacteria. The relation they bear to disease.)** *Journ. of the Americ. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Verf. hat über 200 Impfungen mit Nasenbakterien angestellt, ohne dass er bestimmte Schlüsse zu ziehen vermag. Meist finden sich wohl Bakterien in der Nase, indessen hat auf ihr Vorhandensein oder Fehlen, besonders aber auf ihre Menge und Art die Umgebung des betreffenden Individuums doch den grössten Einfluss.

Bei sehr vielen pathologischen Processen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege spielen die Bakterien nur eine ganz secundäre Rolle. Wo in der Nase Sekrete und Staub sich anhäufen, wo aus irgend einer Ursache die normale Vitalität und Widerstandskraft der Gewebe herabgesetzt ist, da bilden die veränderten und aufgehäuften Secrete den geeigneten Boden für die Wucherung der Bakterien.

EMIL MAYER.

29) **Bergeat. Scheinbar intranasale Geräusche.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Nicht selten beruhen die von Patienten geklagten knisternden Geräusche in der Nase auf Fortleitung von den Bronchien, die katarrhalisch erkrankt und mit Schleim erfüllt sind.

SCHECH.

30) **Kamm** (Breslau). **Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der wichtigsten Nasenkrankheiten.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 4. 1899.*

Unvollständige und nichts Bemerkenswerthes bringende Zusammenstellung einiger therapeutischer Maassnahmen bei einigen Nasenerkrankungen.

CHIARI.

31) **A. Losew. Fall von Septicopyämie in Folge von Nekrose der Knochen der Nasenhöhle. (Slutschai septicopiemii wsledswii necrosa kostei nosowoi polosti)** *Chirurgia. Bd. V. No. 26. 1899.*

Die Patientin litt an Necrose der Nasenknochen bereits seit 4 Jahren. Daher ist auch der Zusammenhang zwischen der präsumirten Ursache und der Sepsis durchaus nicht einwandsfrei.

P. HELLAT.

32) **Schlagenhaufer** (Wien). **Ein Fall von cystischer Entartung der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 35. 1899.*

Pathologisch-anatomische Beobachtung. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Meningitis suppurativa und Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis nach Entzündung der Schleimhaut der Kieferhöhle, der Nase, beider Highmorshöhlen und der Siebbeinzellen — Cysten am Zungengrund, Kehldeckelstiel, Pharynx im linken unteren Augenlid — Lobulärpneumonie. Durch die Cysten der Keilbeinmucosa rechterseits wurde das Ostium sphenoidale verlegt, es kam zur Stauung des Secretes mit bedeutender Erweiterung der Keilbeinhöhle. Unter anderem bemerkt Sch. bezüglich der Drüsen der Nasenschleimhaut, dass dieselben wenigstens zum Theil gemischte Drüsen seien, die ein schleimiges und ein seröses Sekret liefern in ziemlich gleichem Mengenverhältnisse. Auch die Drüsen der Schleimhaut der Nasennebenhöhlen seien gemischte Drüsen, jedoch mit vorwiegend serösem Secretionsproduct.

CHIARI.

33) **O. A. M. Mc Kimmie. Nasenerkrankung als ursächlicher Factor von Augenkrankheiten. (Nasal disease as a causative factor in disease of the eye.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 12. Mai 1899.*

Die Arbeit beweist den Zusammenhang beider Erkrankungsgruppen nicht.

EMIL MAYER.

34) **Rischawy** (Wien). **Ein Beitrag zur Lehre von den Beziehungen zwischen chronischen Thränenschlauchleiden und Nasenerkrankungen.** *Wiener klinische Rundschau. No. 8. 1899. Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1899.*

R. fand nach einigen Untersuchungen, dass auch eine hypertrophische mittlere Muschel im Stande ist, eine direkte Compression des Ductus zu verursachen und will damit das Augenmerk diesbezüglich auch auf die mittlere Muschel lenken.

CHIARI.

35) **Redact. Notiz. Nasale Behandlung als Ursache von Ohrenerkrankung. (Nasal treatment as a cause of ear disease.)** *Charlotte Medical Journal. Januar 1899.*

Man soll die Sprays und Douchen nicht fortgebrauchen wegen ihrer Gefahr für das Ohr.

EMIL MAYER.

36) **William C. Krauss. Ueber die enge Beziehung zwischen Nasen- und Schädelhöhle als Ursache von Gehirnerkrankung. (On the close relationship between the nasal and cranial cavities as a cause of brain disease.)** *N. Y. Med. Journal u. N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899. The Amer. Medical Quarterly. Juni 1899.*

Vérf. erwähnt die geistige Depression, die man bei nasaler Verstopfung beobachtet und glaubt, dass die Luftströmung und -Erneuerung in den oberen Theilen der Nasenhöhle ein wesentliches Moment ist, das entweder durch seine Wirkung auf die durch die Foramina cribrosa gehenden Blutgefässe oder durch die Osmose des Sauerstoffs die Stirnlappen direct beeinflusst. Was die Infectionen anlangt, so hält er die Entstehung der epidemischen Meningitis von der Nase aus für längst bewiesen. Er räth, den Kindern die tägliche Waschung der Nase als einen nothwendigen Theil der Toilette anzugewöhnen.

EMIL MAYER.

37) **William Milligan** (Manchester). **Einige Beobachtungen zur Pathologie der intracraniellen Eiterung otitischen und rhinitischen Ursprungs. (Some observations upon the pathology of intracranial suppuration of otitic and rhinitic origin.)** *The Medical Chronicle. Januar 1899.*

Nachdem Verf. die Pathologie der vom Ohre ausgehenden intracraniellen Eiterung ausführlich besprochen hat, wendet er sich zu den im Verlauf der chronischen Empyeme der Stirnhöhlen, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle vorkommenden intracraniellen Complicationen. Degeneration der Schleimhaut, Bloslegung des Knochens mit Ulceration und bisweilen Perforation desselben ist gefolgt von Meningitis, extraduralem Abscess, Stirnlappenabscess oder Thrombose des Sinus cavernosus. Auf der anderen Seite können pathogene Keime innerhalb der Gefässe oder durch die perivasculären Kanäle ohne jede Erosion des Knochens sich ausbreiten. Die unvollkommene Drainage begünstigt die Retention des Eiters im Siebbeinlabyrinth und die enge Nachbarschaft des Lamina cribrosa begünstigt an dieser Stelle wieder die Infection der Schädelhöhle. In einem Falle des Verf.'s entstand ein Stirnlappenabscess nach Stirnhöhlenempyem, während in einem zweiten Falle basale Meningitis und septische Thrombose sich anschloss.

A. LOGAN TURNER.

38) **C. L. Gibson** (New York). **Empyem der Stirnhöhlen und intracranielle Infection. (Empyema of the frontal sinuses and intracranial infection.)** *Amer. Journal Med. Sciences. März 1899. Therapeutic Gazette. 15. Mai 1899.*

32jähriger Mann suchte den Verf. am 20. Februar 1897 auf mit Symptomen von Seiten der Nasen- und Stirnhöhlen, die seit 3 Jahren bestanden. Vor 2 Jahren war die linke Stirnhöhle trepanirt und durch eine äussere Oeffnung drainirt worden. Der Patient klagt jetzt über beständigen Stirnkopfschmerz und über einen störenden Ausfluss aus der Stirnhöhle. G. eröffnete den linken Sinus und drainirte gleichzeitig den rechten, indem er die Scheidewand zwischen beiden durchbrach; der Eiter in der rechten Höhle hatte unter beträchtlicher Spannung gestanden. Von der linken Höhle aus wurde eine Hartgummiröhre nach der Nase zu eingelegt und eine Irrigation vorgenommen. Zwei Tage nach der Operation stellte sich Meningitis ein, nach 9 Tagen starb der Patient. Die Section ergab basale Meningitis; die hintere Wand der rechten Stirnhöhle fehlte ganz, die Oeffnung derselben war nahezu rundlich, ihre Knochenränder glatt und wohl begrenzt. Die Dura dahinter war verdickt und mit Granulationen bedeckt. Die Lamina cribrosa war theilweise cariös. Die hintere Wand der linken Stirnhöhle war an zwei Stellen perforirt. — Verf. bespricht die Defecte der hinteren Sinuswand, die sich durch a) Erosion durch die chronische Eiterung, b) Osteomyelitis oder c) einen congenitalen Defect erklären lassen. Bezüglich der rechten Stirnhöhle neigt er im vorliegenden Falle zu der letztgenannten Erklärung. A. LOGAN TURNER.

39) **Walker Downie. Stirnhöhlenentzündung; Bericht über einige illustrative Fälle. (Frontal sinusitis; with several illustrative cases.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1899.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von Stirnhöhlenempyem. Er drainirt die eröffnete Höhle nicht nach der Nase zu, sondern stopft sie mit Cyanidgaze aus, vernäht die äussere Wunde und führt einen Streifen der Gaze durch eine Gegenöffnung nahe am inneren Augenwinkel nach aussen. Die Tampons bleiben 7 bis 14 Tage liegen. Die Fälle wurden alle geheilt. A. LOGAN TURNER.

40) **Adolph O. Pfingst. Erkrankung der Stirnhöhle. (Disease of the frontal sinus.)** *Med. Age. 10. März 1899.*

Vorstellung eines Falles. Aus der Anamnese ist die syphilitische Infection bemerkenswerth. Es wurde von aussen operirt. EMIL MAYER.

41) **F. Fehleisen. Empyem der Stirnhöhle. (On empyema of the frontal sinus.)** *Pacific Record of Medicine and Surgery. 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

F. entfernt die ganze vordere Wand und in den meisten Fällen auch den Boden. Die Wunde heilt sehr schnell mit gutem kosmetischen Effect.

EMIL MAYER.

42) **Arnold H. Knapp. Ein Fall von ausgedehntem chronischen Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit Exophthalmus; Heilung durch Operation. (A case of extensive chronic empyema of the frontal and ethmoidal sinuses with**

exophthalmos; operation and recovery.) *Archives of Ophthalmology. Januar 1899.*

Die Operation wurde nach der von Jansen angegebenen Methode durchgeführt.

EMIL MAYER.

43) **W. A. Martin. Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle. (A case of empyema of the sinus frontalis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

Operation von aussen und Heilung.

EMIL MAYER.

44) **A. L. Kenny** (Melbourne Victoria). **Golovine's osteoplastische Operation an der Stirnhöhle. (Golovine's osteo-plastic operation on the frontal sinus.)** *Australian Medical Gazette. 20. Januar 1899.*

K. beschreibt die Operation, die er an einer 28jährigen Patientin mit Eiterung der rechten Stirnhöhle ausführte. Nach Durchschneidung und Zurückklappen der Weichtheile wurde Periost und Knochen in einem Bogenschnitt, dessen Basis der Bogen der Orbita bildete, durchtrennt, aufgehoben und um die Basis nach unten geklappt. Die mit stark gewucherter und degenerirter Schleimhaut erfüllte Höhle wurde ausgekratzt und die Oeffnung nach der Nase hin freigemacht. Nachdem in letztere ein Drainrohr eingelegt war, wurde der Knochenlappen replacirt und die Weichtheile vernäht. Die Nachbehandlung bestand in Auswaschungen von der Nase aus. Die Wunde heilte ohne Entstellung.

A. J. BRADY.

45) **David N. Dennis** (Erie, P. A.). **Einige Fälle von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit nachfolgender Geschwulstbildung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

1. Empyem der Stirnhöhle. Durchbruch nach der Orbita. Operation: Erweiterung der existirenden Fistel. Spülung. Ausgeheilt. 2. Sehr ähnlich dem 1. Fall. 3. Empyem der Siebbeinzellen. Reichliche Polypen. Nach deren Entfernung Eröffnung des Siebbeins von der Orbita aus. Complicirende Meningitis führt zum Exitus.

ZARNIKO.

46) **G. E. de Schweinitz. Fistel der Orbita nach Erkrankung der lacrymalen Partie der Siebbeinzellen; Operation und Heilung. (Fistula of the orbit due to disease of the lachrymal division of the ethmoidal cells; operation and cure.)** *The ophthalmic Record. Juni 1899.*

Operation von aussen mit Drainirung durch die Nase und spätere Entfernung von Spinen der Nasenscheidewand führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

47) **George J. Gage. Ethmoiditis. (Ethmoiditis.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Verf. stellt fest, dass vor dem Stadium der cystischen Degeration mit Vergrösserung der mittleren Muschel zuerst wiederholte Attaken von Coryza bestehen, welche zur Schleimhauthyperplasie und im Bereich der mittleren Muschel mit Vorliebe auch zur polypoiden Degeneration führen. Als deren Folge stellt sich die

Behinderung des Secretabflusses aus dem Sinus ein und es bildet sich eine Retentionscyste, deren Inhalt den Knochen zur Eierschalencyste ausdehnt.

EMIL MAYER.

48) **Henry D. Noyes. Fälle von Ethmoiditis. (Cases of ethmoiditis.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

N. theilt 3 Fälle dieses Leidens mit, die mit Erkrankung des Thränensackes complicirt waren.

EMIL MAYER.

49) **H. Cordes. Zur Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankungen.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1899.*

Zur besseren Application von Instrumenten muss häufig die mittlere Muschel infrangirt und lateralwärts gedrängt werden, wie Cholewa empfielt; man benutzt dazu ein zierlich und schlank gebautes Elevatorium. Genügt die Infrangirung nicht, dann muss der vordere Theil der mittleren Muschel entfernt werden. Zur Eröffnung der Höhle benutzt C. ein dem Schötz-Krause'schen Doppelmeissel ähnliches und von ihm angegebenes Instrument.

SCHECH.

50) **Nissle** (Cöpenick). **Die Erkrankungen der Keilbeinhöhle.** Dissertat. Freiburg 1899.

Gute Darstellung der Erkrankungen der Keilbeinhöhle, es werden besprochen die Verletzungen, Fremdkörper, die nicht entzündlichen Vorgänge, die acuten und chronischen Entzündungen, die Cysten und Polypen, Tuberkulose, Syphilis und Tumoren.

SEIFERT.

51) **George E. Shambaugh. Chronisches Empyem der Keilbeinhöhle ohne Betheiligung der benachbarten Sinus. (Chronic empyema of the sphenoid sinuses without involvement of the neighboring sinuses.)** *Philad. Medical Journal. 29. April 1899. Chicago Med. Recorder. Juni 1899.*

Das Fehlen von Krusten und Pus im mittleren Nasengang bei allen Untersuchungen schloss in diesem Falle die Betheiligung der Kieferhöhle, der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen aus. Auch eine Affection der hinteren Siebbeinzellen wurde durch mehrwöchentliche Beobachtung des Falles ausgeschlossen; denn bei wiederholter Ausspülung der Keilbeinhöhle und erneuter Untersuchung der Nase nach $^1/_2$ Stunde zeigte sich niemals Eiter in der Riechspalte, was bei Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen sicherlich der Fall gewesen wäre.

EMIL MAYER.

52) **Richard Mills Pearce. Die Bakteriologie der Nasennebenhöhlen bei Diphtherie und Scharlach. (The bacteriology of accessory sinuses of the nose in diphtheria and scarlet fever.)** *Journ. of the Boston Society of Med. Sciences. 21. März u. 22. April 1899.*

Infection der Kieferhöhlen ist in fatalen Fällen von Scharlach und Diphtherie sehr gewöhnlich. Im Eiter findet man Diphtheriebacillen, Eiterkokken und Pneumoniekokken. Intra vitam sind die entzündlichen Veränderungen der Highmorshöhlen nicht immer nachweisbar.

EMIL MAYER.

53) **Foucher. Acute Entzündung der Highmorshöhle. (Acute inflammation of the antrum of Highmore.)** *L'Union Médicale du Canada. März 1899.*

Acute Entzündungen des Antrum sind nach Verf. viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. F. sah in 2 Jahren in seiner Privatpraxis 12 Fälle, 9 im Anschluss an Coryza, 3 bei Zahncaries. Die Durchleuchtung hält er diagnostisch für sehr werthvoll; er benutzt Lampen von 5—20 Kerzenstärken. Er cocainisirt die Nase mit einer 4proc. Lösung und lässt den Pat. 1 Minute später bei nach der gesunden Seite und nach vorn übergebeugtem Kopf kräftig schnäuzen. Die Fälle heilen alle ohne weitere Behandlung; nur wenn Septumdeviationen oder Zahncaries vorhanden sind, ist die Punction und Reinigung des Sinus erforderlich.

EMIL MAYER.

54) **Wl. Wroblewski. Empyema antri Highmori acutum. (Ostry ropotok jamy szczakowej.)** *Gazeta lekarska. No. 37. 1899.*

Verf. beschreibt 5 Fälle und nachdem er genauer das klinische Bild des Leidens auseinander gesetzt hat, betont er, dass die Krankheit meistens auch ohne Probepunction zu erkennen ist und dass in den acuten Stadien des Leidens die allgemeine Therapie ohne chirurgische Intervention zur Beseitigung des Leidens genüge.

A. v. SOKOLOWSKI.

55) **Jakoby** (Eisenach). **Ein Fall von Highmorshöhlenempyem mit Abstossung eines grossen Stückes des Alveolarfortsatzes.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 7. 1899.*

In dem vorliegenden Falle war das Empyem durch den kranken achten Molarzahn hervorgerufen und der Alveolarfortsatz erst secundär erkrankt, das total nekrotische Stück enthielt die leeren Alveolen des ersten und die Wurzeln des zweiten Bicuspis.

SEIFERT.

56) **J. Dennis Arnold. Ein Beitrag zum Studium der Highmorshöhlenerkrankung. (A contribution to the study of antral disease.)** *Pacific Record of Medicine and Surgery. 15. Juni 1899.*

In einem Falle von Highmorshöhlenerkrankung operirte A. nach Extraction des zweiten Molarzahnes vom Alveolarfortsatz aus. Der Eiterabfluss hörte nicht auf und eine in den Thränensack eingeführte Sonde drang in das Antrum. Mit der Heilung der Dakryocystitis hörte auch der Ausfluss aus dem Antrum auf.

EMIL MAYER.

57) **H. Körner** (Halle a. S.). **Die zufällige Eröffnung der Kieferhöhle bei Zahnextractionen.** *Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. Heft 1. 1899. Wiener med. Blätter. No. 4 u. 5. 1899.*

K. hält es für angezeigt, in den Fällen, die auf ein weites Antrum verdächtig sind und ferner in den Fällen, wo der extrahirte Zahn abnorm lange Wurzeln zeigt, sogleich nach der Extraction sich mit einer Sonde von der eventuellen Eröffnung der Kieferhöhle zu überzeugen und im Falle eine solche constatirt ist, die Höhle mit Jodoformgaze zu tamponiren.

CHIARI.

58) **R. Weiser** (Wien). **Besprechung über das Verfahren, den erweiterten Wurzelcanal eines Zahnes zur Irrigation eines Antrum zu benutzen.** Verein österreich. Zahnärzte, Sitzung vom 8. April 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 20. 1899.*

W. empfiehlt diesen Weg behufs Irrigation eines Kieferhöhlenempyems, den seinerzeit Prof. Wölfler sehr empfohlen hat, öfters zu versuchen, um darüber ein abschliessendes Urtheil abgeben zu können.

CHIARI.

59) **Joh. Fein. Ein Pulverbläser für die Highmorshöhle und die Trockenbehandlung des Empyems mit Argentum nitricum pulveratum.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. IX. S. 140. 1899.*

Der Pulverbläser (dessen Abbildung F. giebt) trägt ausser einer kleinen oberen Oeffnung 9 weitere an den verschiedenen Seiten, so dass das Pulver nach allen Seiten geblasen wird. Die Einführung findet durch die eröffnete Alveole statt. Die Einblasung von reinem Argent. nitricum, das nach F. weder Schmerzen noch andere üble Zufälle verursacht, wird 1mal in der Woche vorgenommen. Der sich bildende Schorf wird beim Ausspülen durch die natürliche Oeffnung in der Nase herausbefördert. Verf. berichtet über 2 Fälle, die er auf diese Weise behandelt hat.

F. KLEMPERER.

60) **S. von Stein. Ein neuer Troicart zur Punction der Highmorshöhle; seine diagnostische und therapeutische Bedeutung. (Nowaja igla dlja psokola gaimorowoi polosti, jeje diagnostitscheskoje i terapewtitscheskoje snatschenije.)** *Chirurgija. No. 29. 1899.*

Der Troicart ist ungefähr 13—14 cm lang, das scharfe Ende in einer Länge von 3—4 cm fast halbkreisförmig gebogen.

S. vindicirt seinem Instrumente bedeutende Vorzüge vor den bisher gebräuchlichen. Er hat das Instrument bereits bis 20mal angewandt. 1mal bei einem 12jährigen Kinde mit positivem Erfolg und einmal bei einer wahrscheinlichen Verwachsung der natürlichen Oeffnung. Die Höhle war leer, aber die Beschwerden verschwanden nach der Punction. S. nimmt an, dass die Erleichterung durch den Ausgleich der Druckverhältnisse zwischen der Aussen- und der Antrumluft herbeigeführt wurde.

P. HELLAT.

61) **Sprenger** (Stettin). **Ein Katheter-Troicart zur Punction der Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 137. 1899.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das in seiner Form dem gebräuchlichen Ohrkatheter entspricht.

F. KLEMPERER.

62) **v. Hacker** (Innsbruck). **Totalresection des linken Oberkiefers mit Ersatz des harten Gaumens durch Drehung der Nasenscheidewand nach Sabatier-Bardenheuer.** Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 17. December 1898. *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

Es handelte sich um ein von der Highmorshöhle ausgehendes Sarkom. Auch guter cosmetischer Erfolg.

CHIARI.

63) **Jacob E. Shadle. Die Aetiologie und Diagnose des Empyems der Nasennebenhöhlen. (The aetiology and diagnosis of empyema of the accessory sinuses of the nose.)** *St. Paul Medical Journal. Februar 1899.*

Verf. äussert über die Aetiologie und Diagnostik der Nebenhöhlenentzündungen die allgemein anerkannten Anschauungen. Zur Beförderung des für die Diagnose besonders wichtigen Eiterflusses räth er, den Pat. den Kopf vornüberzubeugen oder eine Zeit lang zwischen die Knie halten zu lassen. EMIL MAYER.

64) **Veis** (Frankfurt a. M.). **Die Nebenhöhleneiterungen der Nase in ihrer Wichtigkeit für den praktischen Arzt.** *Wiener klin. Rundschau. No. 36 u. 37. 1899.*

Für den Specialisten nichts Neues. CHIARI.

65) **Wm. Winthrop Betts. Eitrige Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Suppurative diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *Denver Med. Times. Februar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

66) **Seifert** (Würzburg). **Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Physiol. med. Gesellsch. zu Würzburg, 29. April 1899.

Seifert braucht zur Diagnose der acuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase das negative Politzer'sche Verfahren resp. die Aspiration mit dem Politzer'schen Ballon. Zuerst wird die Nase, wenn Verdacht auf Nebenhöhlenerkrankung besteht, gründlich gereinigt und dann cocainisirt. Nun nimmt der Kranke einen Schluck Wasser in den Mund und macht Schluckbewegungen auf Commando von dem Momente an, wo der comprimirte Ballon in die entsprechende Nasenhöhle luftdicht eingeführt ist und langsam zur Entfaltung gebracht wird. Die hiebei entstehende Luftverdünnung in der Nasenhöhle lässt das pathologische Secret aus der erkrankten Nebenhöhle austreten und es kann nun, wenn sofort nach Beendigung der Aspiration untersucht wird, festgestellt werden, ob und aus welchen Nebenhöhlen das Secret ausfliesst. Bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen kann durch regelmässige Anwendung des Verfahrens auch Heilung des Processes erzielt werden. Autoreferat.

67) **W. Greiffenhagen** (Reval). **Ueber Nebenhöhlenempyeme und ihre Folgekrankheiten.** Vortrag, geh. auf dem livl. Aerztetage. *St. Petersburger medic. Wochenschr. No. 1. 1899. Memorabilien. XLII. 5. 1899.*

Obgleich G. in grossen Zügen das für den Nichtspecialarzt Wissenswerthe anführt, legt doch jeder Punkt, der in der Arbeit zur Sprache kommt, davon Zeugniss ab, dass wir es mit einem erfahrenen Rhinologen zu thun haben.

P. HELLAT.

68) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen.** *Bresgen's Samml. Bd. I. Heft 7.*

Verf.'s Untersuchungen beziehen sich auf 149 Fälle von Empyemen der verschiedenen Sinus. Die Folgezustände in anderen Organen betreffen: die Nase (Hypertrophie und Atrophie, Polypen, ozaenaartige Erscheinungen); den Nasen-

rachen und die Rachenhöhle) Katarrhe und Abscesse; das Auge (Dacryo-Cystitis, Exophthalmie, Netzhaut- und Sehnervstörungen); das Ohr (Katarrhe und nervöse Erscheinungen), den Schädel (Neuralgieen, epileptiformer Anfall); die Gesichtshaut (Ekzeme, Erysipel, Oedeme); die Lungen (Pseudotuberculose); die Verdauungs- und Circulationsorgane. Endlich fanden sich mehrere Fälle von allgemeiner Schwäche, Fieber und Abmagerung, Aprosexie.

Der Sinus maxillaris wurde meist vom Zahnfortsatz aus eröffnet; bei den anderen Sinus genügten fast immer Ausspülungen von der Nase aus.

SALOMON (ZARNIKO).

69) **Geo. C. Stout. Chronisches Empyem der Nasennebenhöhlen. (Chronic empyema of accessory nasal cavities.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Verf. berichtet über 7 von ihm beobachtete Fälle. Ein Empyem der Highmorshöhle kann hartnäckig oder unheilbar sein wegen daneben bestehender Stirnhöhlenentzündung. Eiterung der Nebenhöhlen ist eine der Folgen der chronisch-hypertrophischen Zustände, welche die Ausführungsöffnungen der Nebenhöhlen verschliessen. Nasenpolypen können Ursache, aber auch Folge eines Empyems sein. Weitere Ursachen sind Infectionskrankheiten, besonders die Grippe und Traumen.

EMIL MAYER.

70) **George C. Stout. Behandlung des chronischen Empyems der Nasennebenhöhlen. (Treatment of chronic empyema of accessory sinuses.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden und meint, dass viele Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung durch Paracentese von der Nase aus heilbar sind.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

71) **H. D. Chapin. Pharyngitis und Tonsillitis bei kleinen Kindern. (Pharyngitis and tonsillitis in infants.)** *N. Y. Med. News. 4. März 1899.*

Pharyngitis und Tonsillitis sind viel häufiger bei kleinen Kindern, als man gewöhnlich annimmt. Ihre wiederholten Attaken sind sicherlich eine Ursache der Mandelhypertrophien und der Adenoiden. Die Untersuchung des Halses soll gründlich, unter tiefer Herabdrückung der Zunge geschehen, damit auch tief liegende und umschriebene Entzündungen dem Blick nicht entgehen.

LEFFERTS.

72) **W. G. Spencer. Ein Fall von acuter Pharyngitis durch Streptococcen, gefolgt von Septicämie, tiefer Drüsenentzündung und Pericarditis, gebessert durch den Gebrauch von Antistreptococcenserum. (Case of acute pharyngitis due to streptococcus pyogenes followed by septicaemia deep glandular inflammation and pericarditis and relieved by the administration of streptococcal antitoxin.)** *Lancet. 21. Januar 1899.*

21 jähriger Mann erkrankt am 16. October mit Halsweh, Schwellung rechts

im Halse, Schmerzen beim Schlucken; später Pericarditis. Injection von Streptokokkenserum am 26. October. Heilung. ADOLPH BRONNER.

73) **Castex. Behandlung der Pharyngitis. (Treatment of pharyngitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Mai 1899.*

Bei einfacher Pharyngitis giebt C. local ein heisses Antisepticum mittelst des Zerstäubers und innerlich Antipyrin. Bei septischen Formen applicirt er Carbolsäure oder Salicylsäure 1 pCt. und verordnet Alkohol und intestinale Antiseptica; die Anwendung von Antistreptokokkenserum kann nothwendig werden. Bei chronischer Pharyngitis wird Kali chloricum in Pastillenform gegeben; gegen die Congestion ist eine Jod-Jodkali-Lösung zu verordnen. EMIL MAYER.

74) **Redact. Notiz. Acute Pharyngitis. (Acute pharyngitis.)** *Journal Americ. Medic. Assoc. 15. Juli 1899.*

Rp. Extr. Eucalypt. 1,95
Natrii biborac. 0,65
Pulv. piment. 0,46
Extr. glycyrrhiz. 9,75.
F. f. Massa; divid. in trochisc. No. XXX. EMIL MAYER.

75) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Pharyngitis. (For follicular pharyngitis.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Rp. Jodi 0,18
Kalii jodati 0,3
Ac. trichloracetici 0,42
Glycerin
Aqu. destill. ana 15,0.
M. D. S. zur localen Application. EMIL MAYER.

76) **Lyon. Resorcin bei der Behandlung der granulären Pharyngitis. (Resorcin in the treatment of granular pharyngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Verf. lässt im acuten Stadium gurgeln mit

Resorcin 4 Theilen
Glycerin 15 Theilen
Aqu. destill. 150 Theilen. LEFFERTS.

77) **Redact. Mittheilung. Ein Spray für Pharyngitis sicca. (A spray for pharyngitis sicca.)** *Journ. Am. Med. Assoc. Juli 1899.*

Rp. Acid. carbol. 0,65
Tct. Jodi
Tct. Aloes
Tct. Opii ana 0,5
Glycerin. q. s. ad 31,10.
M. D. S. Mehrmals täglich als Spray z. g. EMIL MAYER.

78) **Studer** (Neuenburg). **Ueber einen Fall von Decubitalgeschwür des Pharynx in Folge einer Exostose des 7. Halswirbels.** Dissert. Würzburg 1898.

Ein 85jähriger Mann, der in Folge Erschwerung der Nahrungsaufnahme sehr heruntergekommen war, trat in Behandlung von M. Kalm, der eine genaue Diagnose nicht zu stellen vermochte. Bei der Section ergab sich ein ähnliches Bild wie in den Fällen von Koschier, d. h. es waren Druckgeschwüre an der vorderen und hinteren Wand des Oesophagus, bedingt durch eine bohnengrosse Exostose am Körper des 7. Halswirbels.

SEIFERT.

79) **Monmarson. Studie über die Lokalisirung des Muskel- und Gelenkrheumatismus in der Rachengegend. (Etude sur le rheumatisme arthro-musculaire de la region pharyngée.)** *Journ. de méd. Paris. 14. Mai 1899.*

M. berichtet über 3 Fälle. Der Rheumatismus präsentirt sich nach ihm im Rachen in zwei Formen, als diffuser oder localisirter. Die diffuse Form afficirt die gesammte Muskulatur des Rachens, die prävertebralen Theile und wahrscheinlich auch die Halswirbel. Bei der localisirten Form sind nur die Gelenke ergriffen und ausserdem die periarticulären fibrösen Gewebe. Objective Symptome können fehlen. Der Schmerz ist mehr oder weniger heftig, ausserdem besteht Dysphagie, gewöhnlich aber kein Fieber. Die Behandlung mit Jodpräparaten ist wirksam.

A. CARTARZ.

80) **Lewis Cline. Pharyngomykose. (Pharyngomycosis.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

81) **J. Homer Coulter. Ein Fall von Pharyngomykosis. (A case of pharyngomycosis.)** *Chicago Med. Recorder. März 1899.*

Verf. spricht über die Differenzirung dieses Leidens von der Diphtherie und der membranösen Tonsillitis. Er behandelt die Mykose mit dem Galvanokauter.

EMIL MAYER.

82) **Arthur Baer. Zur Kenntniss der Pharynxtuberculose.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 2. 1899.*

Mittheilung zweier von H. v. Schrötter kurz erwähnter Fälle, welche unter localer Behandlung mit Curettement und Milchsäure bedeutende Besserung zeigten. Die allgemeinen Bemerkungen über Vorkommen, Häufigkeit, Diagnose und Therapie über Pharynxtuberculose enthalten nichts Neues.

SCHECH.

83) **Juffinger. Tuberculosis pharyngis.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 24. 1899.*

Demonstration eines 17jährigen Mannes mit ausgedehnten Geschwüren mit zackigem, unterminirtem Rand und graugelblichem Belag im Rachen und Nasenrachenraum — Halsdrüsen nicht geschwellt, Lungenbefund normal, Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. — Auf 80proc. Milchsäure-Behandlung reinigten und verkleinerten sich die Geschwüre.

CHIARI.

84) **Swiontechi. Ein Fall von hochgradiger Pharynxstenose nicht syphilitischen Ursprungs. (Przypadek wysokiego stopnia zwerenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego [wskutek oparzenia tugiem].)** *Kronika lekarska. No. 8. 1899.*

Bei einem 20jährigen Dienstmädchen, das einige Schluck concentrirter Lauge heruntergeschluckt hatte, stellte sich starke Dysphagie ein, zu welcher sich später auch eine allmälig zunehmende Athemnoth hinzugesellte. Die Patientin wurde 8 Monate nach dem Unfall vom Verf. untersucht, wobei er im unteren Theile des Pharynx eine Membran constatirte, welche eine Art von Diaphragma bildete. In der Mitte derselben war eine centrale kleine Oeffnung vorhanden, deren Ränder ziemlich glatt waren. Diese Oeffnung wurde gespalten und dann die Membran allmälig dilatirt.

Nach 6monatlicher Behandlung war die Dysphagie und Athemnoth vollständig beseitigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

85) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Verwachsung zwischen weichem Gaumen und hinterer Rachenwand und eine neue Methode zur Verhütung von Wiederverwachsung und Contraction. (Synechia between the soft palate and the posterior wall of the pharynx and a new method of preventing re-adhesion and contraction.)** *Australian Medical Gazette. 20. Mai 1899.*

Um die Wiederverwachsung nach der operativen Lösung der Adhäsionen zu verhüten, empfiehlt H. eine Gaumenplatte von Vulcanit einzulegen, die an den Molarzähnen fixirt wird. Am hinteren Rande derselben ist im rechten Winkel ein Hohlfortsatz ebenfalls von Vulcanit angebracht, der nach oben in den Nasenrachen reicht und diesen offen erhält. Dieser Apparat, den der Pat. entfernen und wieder einlegen kann, sichert die freie Nasenathmung.

A. J. BRADY.

86) **Jacques. Fremdkörper im Rachen. (Corps étranger du pharynx.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Februar 1899.*

Kind von 4 Monaten hatte ein durchbohrtes Knochenplättchen, wie sie unten an Saugpfröpfen angebracht sind, verschluckt. Drei Tage nachher wurde ein Radiogramm aufgenommen, aus dem sich ergab, dass der Fremdkörper im Rachen zwischen Gaumenbögen, Epiglottis und Zungenbasis steckte. Das Schlucken war gar nicht behindert, das Athmen nur wenig und zwar hauptsächlich durch die starke Secretion; der Ton des fortwährend schreienden Kindes war ein eigenthümlich rauher von gutturalem Klang.

Die Extraction des Fremdkörpers machte keine Schwierigkeiten.

A. CARTAZ.

87) **Alfred Shewin** (Sydney N. S. Wales). **Wanderung eines Stück Grases. (The wanderings of a piece of grass.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Juni 1899.*

Ein Mädchen hatte ein Grasstückchen im Munde; dasselbe glitt im Halse herunter und schien dann stecken zu bleiben. Die Pat. fühlte danach ein gewisses Unbehagen im Hals. 10 Tage danach war die rechte Mandel geschwollen; von dem Halm aber war keine Spur zu sehen. Dann setzten schwere Schmerzen

im Ohre ein, die zu schlaflosen Nächten führten; die Drüsen hinter dem Kieferwinkel schwollen stark an. 6 Wochen nach dem Unfall trat 4 Zoll unter dem Ohr eine verfärbte weiche Stelle hervor. Es wurde eine Incision gemacht und Eiter entleert; in einer Masse geronnenen Eiters eingebettet lag das Grasstück.

A. J. BRADY.

88) **Lacoarret. Fremdkörper im Rachen. (Corps étranger du pharynx.)** *Annales de la policlin. de Toulouse. Juni 1899.*

Klinischer Vortrag über die verschiedenen Arten von Fremdkörpern, ihre Symptome, die falschen Sensationen neuropathischer Personen und ihre Behandlung. L. theilt 4 eigene Fälle mit. Bei zweien steckte eine Nadel im Sinus pyriformis; bei den 2 anderen handelte es sich um Fischgräten.

A. CARTAZ.

89) **Morestin. Verschlucktes Gebiss im Rachen zurückgehalten; Retropharyngealabscess und Tod. (Ratelier arrêté dans le pharynx, abscès rétropharyngien, mort.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. p. 398. April 1899.*

32jährige Frau verschluckt im Zustand der Trunkenheit ein Stück ihres Gebisses. Die Untersuchung mit der Oesophagussonde fällt negativ aus. Die Kranke vermag am nächsten Tag leicht feste und flüssige Speisen zu schlucken; sie klagt aber über eine schmerzhafte Stelle links vom Larynx. Die Untersuchung ergiebt dort nichts, auch die Radiographie lässt den Fremdkörper nicht finden. In den nächsten Tagen Fieber, Schmerz, Bildung eines Retropharyngealabscesses, dann einer septischen Bronchopneumonie. Jetzt wird ein chirurgischer Eingriff gemacht. Bei der Eröffnung des Abscesses von der Seite des Halses aus findet man den Fremdkörper in die seitlichen Gewebe des Rachens eingekeilt. Man entfernt ihn; aber 2 Tage nachher erfolgt der Exitus. Keine Section.

A. CARTAZ.

90) **Joh. v. Bokay. Retropharyngealabscess und retropharyngeale Adenitis. (Retropharyngeal abscess and retropharyngeal adenitis.)** *Annals of Gynecology and Pediatrics. Mai 1899.*

Die Bezeichnung des Retropharyngealabscesses als idiopathisch ist aufgegeben und man spricht von einem Abscess infolge von retropharyngealer Adenitis. Andere Arten des Retropharyngealabscesses sind der traumatische und der metastatische. In allen Fällen wurden Streptococcen gefunden. Retropharyngealabscesse können acut, subacut und chronisch sein. Bei sorgfältiger Abtastung der Submaxillargegend findet man ganz in der Tiefe eine Lymphdrüsenschwellung. Verf. empfiehlt die Incision mittelst Pharyngotom. Die äussere Operation ist eine schwierige und nicht jeder Arzt kann sie ausführen. Verzögerung und Unentschlossenheit kann hier das Leben kosten.

EMIL MAYER.

91) **Francis J. Quinlan. Ein Fibromyxom des Rachens. (A fibromyxoma of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1899.*

Krankengeschichte eines Falles; nichts Besonderes.

LEFFERTS.

92) **René Lacour. Die Pharyngotomia subhyoidea; ihre Operationstechnik und klinischen Indicationen. (La pharyngotomie sous-hyoidienne. Technique opératoire, indications cliniques.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Operation, die einen sehr freien Einblick schafft, ist zur Entfernung von

Tumoren des Pharynx und Larynx zu empfehlen. Bei Fremdkörpern und benignen Tumoren angewandt, hat sie eine Mortalität fast von Null.

Verf. bespricht eingehend die Technik dieser Operation. Die Mehrzahl der Chirurgen macht 2 oder 3 Tage vor der Pharyngotomie die Tracheotomie, um den Eintritt von Blut in die Luftwege zu verhüten.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

93) **Delafield. Der Diphtheriebacillus. (Bacillus Diphtheriae.)** *N. Y. Medical Record. 6. Mai 1899.*

Bakteriologische Studie über morphologische Irregularitäten und Degenerationsformen des Loeffler'schen Bacillus.

LEFFERTS.

94) **Louise D. Davis. Ein Bacillus, der in allen culturellen Eigenthümlichkeiten dem Diphtheriebacillus gleicht, aber kein Diphtheriegift bildet. (A bacillus resembling the diphtheria bacillus in all cultural characteristics, but not producing diphtheria toxin.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

Verf. beschreibt den Bacillus und seine Eigenschaften in der Cultur und im Thierexperiment. Die Frage, ob es sich um einen abgeschwächten Diphtheriebacillus oder um eine besondere Art handelt, wird nicht entschieden.

LEFFERTS.

95) **Tavel, Antonina Zielinska** und **Eugenia Jannscewska** (Bern). **1. Ueber die Differentialdiagnose zwischen dem Diphtherie- und dem Pseudodiphtheriebacillus. 2. Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** 2 Inaugural-Dissertationen der Berner Universität. Bern 1898 u. 1899.

Erstere Arbeit hält die verschiedene Herkunft der echten und der pseudodiphtheritischen Bacillen aufrecht und steht somit auf der Seite von Escherich, Martin, Zarniko u. A.

Letztere nimmt nicht ausdrücklich Stellung, betont aber die grosse Verschiedenheit der Culturbedingungen der beiden Arten bezüglich der Nährböden und hebt ihre verschiedenen chemischen Reactionsarten auf dieselben, saure für die echten, das Gegentheil für die pseudo-diphtheritischen Bakterien hervor.

Beide Arbeiten sind gründlich und verdienen näheres Studium.

JONQUIÈRE.

96) **d'Astros** (Marseille). **Die Lokalisation des Diphtherieantitoxins im Organismus immunisirter Pferde. (Localisation de l'antitoxine diphthérique dans l'organisme des chevaux immunisés.)** *Soc. de Biologie. 28. Januar 1899.*

Verf. schliesst aus seinen Experimenten, dass die im Serum enthaltene Menge von Antitoxin viel grösser ist, als die in den Organen sich findende.

PAUL RAUGÉ.

97) **Louis Cobbett. Die Resistenz der Ratten gegen Diphtherie. (Resistance of rats to diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 13. Mai 1899.*

Auch die Immunität der Ratten gegen Diphtherie ist keine absolute. Die 1500—1800fache Menge der für ein Meerschweinchen vom doppelten Gewicht tödtlichen Dose tödtet eine Ratte. Freilich ist es nach C. ein blosses Spiel mit Worten, wenn man in solchem Falle von einer „relativen" Immunität sprechen wollte. Man könnte ebenso gut sagen, dass der Mensch gegen Brod und Käse nur relativ immun ist, weil 3000 Pfund derselben ihm sicherlich fatal werden würden.

LEFFERTS.

98) **Charrin** und **Levadité. Einfluss des Pancreas auf das Diphtherietoxin. (Action du pancréas sur le toxine diphthérique.)** *Société de Biol. 18. März 1899.*

Der Pancreassaft soll eine deutlich abschwächende Wirkung auf das Diphtherietoxin ausüben; diese Wirkung würde zu den sonstigen Abwehrmitteln des Darmtractus, der directen Thätigkeit der Darmwand, der Wirkung der Leukocyten, der Fermentation, noch hinzukommen.

PAUL RAUGÉ.

99) **Méry** und **Bonus. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie durch directe Untersuchung der Membranen. (Diagnostic bacteriologique de la diphthérie par l'examen direct des fausses membranes.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 17. Februar 1899.*

Die bakteriologische Diagnose muss den Nachweis der Diphtheriebacillen, den der Rein- oder Mischinfection und schliesslich den der Virulenz der verschiedenen Keime umfassen. Für viele Zwecke reicht die directe Untersuchung aus; für andere ist die Cultur erforderlich.

PAUL RAUGÉ.

100) **Jacob R. Johns. Das klinische Bild der Diphtherie. (Clinical diphtheria.)** *Philad. Monthly Med. Journal. April 1899.*

Ein ausführlicher Artikel, der ausser den bakteriologischen Untersuchungen über den Diphtheriebacillus, das Toxin und Antitoxin eine zusammenfassende Uebersicht über die Diagnose, Prognose und Therapie der Diphtherie bietet.

EMIL MAYER.

101) **L. R. Sellers. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Western Medical Journal. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

102) **K. Ikehaxa** und **J. Hasseganda** (Japan). **Diphtherierecidiv, durch intercurrirende Masern veranlasst.** *Zeitschr. d. medicin. Ges. zu Tokio. Bd. XII. Heft 4. 1898.*

Bei einem 7jährigen Kinde, das nach einer vor 9 Tagen gemachten Seruminjection von einer schweren Rachen-Kehlkopfdiphtherie geheilt war, stellten sich alle Symptome der Masern ein und nachdem das Exanthem 5 Tage vollständig verschwunden war, trat eine schwere Larynxdiphtherie auf, an der Pat. trotz Seruminjection und Tracheotomie starb.

OKADA.

103) **Joh. Sendziak. Diphtherie des Pharynx resp. des Nasopharynx complicirt durch zahlreiche Abscesse der Mandeln (Gaumen, Pharynx und Zunge), sowie Eiterungen beider Highmorshöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 133. 1899. Medical Bulletin. Mai 1899.*

Krankengeschichte des Falles, der nach einander die oben genannten Complicationen darbot, aber ohne operativen Eingriff zur Heilung kam. Dass die membranöse Angina, die das Krankheitsbild eröffnete, wirklich diphtheritischer Natur war, scheint mir nicht erwiesen zu sein. F. KLEMPERER.

104) **Grenet** und **Leone. Diphtherie und Schnupfen. (Diphtheria and Coryza.)** *American Practitioner and News. Mai 1899.*

Jeder Fall von chronisch eitrigem Catarrh muss bakteriologisch untersucht werden. Die Bakterien sehen sich oft sehr ähnlich; der Thierversuch muss herangezogen werden, um zu entscheiden, ob ein Diphtheriebacill vorliegt oder nicht.

EMIL MAYER.

105) **Mya** (Florenz). **Ueber die Pathogenese der diphtheritischen Spätparalysen.** *Wiener med. Blätter. No. 26. 1899.*

Die diphtheritischen Spätparalysen treten gewöhnlich in den Muskeln des weichen Gaumens und des Pharynx auf, seltener im Larynx. In schwereren Fällen hingegen greift die Paralyse auch auf jene Muskelgruppen über, welche ihr Centrum in der Medulla oblongata haben oder von Nerven versorgt werden, welche mit Nervenästen des Pharynx oder Larynx einen gemeinsamen Stamm haben. — M. sagt, dass während des Verlaufes einer diphtheritischen Infection variable Quantitäten von Toxinen im Innern der Gewebe verbleiben können. Diese verursachen in der ersten Zeit locale Läsionen der Nervenendigungen und später kann der Krankheitsprocess mit centripetalem Verlaufe durch die Nervenbahnen auch die Medulla oblongata erreichen. CHIARI.

106) **Louis Martin** (Paris). **Die praktische Prophylaxe der Diphtheritis. (Prophylaxie pratique de la diphthérie.)** *Soc. de Med. publ. et d'hygiène profess. 25. Januar 1899.*

M. bespricht die Umstände, unter denen die bakteriologische Untersuchung und event. die Präventivimpfung mit Serum bei Kindern, die der Infection ausgesetzt sind, stattfinden soll. Den Schulschluss hält er nicht für angezeigt, da er die Berührung der Kinder mit einander nicht hindert, aber ihre Ueberwachung erschwert.

An die üblen Zufälle und besonders den plötzlichen Exitus, die dem Serum zugeschrieben worden sind, glaubt M. nicht. PAUL RAUGÉ.

107) **H. M. Bracken. Wie schützen wir uns gegen Diphtherie? (How shall we quarantine against diphtheria?)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1899.*

Der Verf. empfiehlt hauptsächlich tuberculöse Individuen zu isoliren.

EMIL MAYER.

108) **Redact. Notiz. Die Chlorbehandlung bei Diphtheritis. (The chlorin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 1. April 1899.*

Die Chlorbehandlung wurde in den letzten 6 Wochen im Willard Parker Hospital, New York City, einer Prüfung unterzogen in der Weise, dass von allen aufgenommenen Diphtheriekindern abwechselnd das eine mit Chlor und das nächste mit Serum behandelt wurden. Dr. Winters behandelte die erste Gruppe, Dr. Berg die zweite. Das Befinden der Chlorgruppen war schlechter, ihre Mortalität höher, als bei der Serumgruppe. Der Eindruck aller Zeugen war der, dass die Chlorbehandlung zwar unschädlich, aber auch nutzlos ist. LEFFERTS.

109) **V. W. Moss. Die Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *The American Practitioner and News. 15. Mai 1899.*

M. giebt kein Serum, sondern behandelt mit Calomel und Eisentinctur.

EMIL MAYER.

110) **Miloslawsky. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899. Kansas City Med. Record. Mai 1899.*

Der Hals wird 5 oder 6mal täglich mit Myrrhentinctur gepinselt, eine 1proc. Lösung derselben als Gurgelwasser benutzt und von

Tinct. Myrrhae 2,4
Glycerin. 4,8
Aquae 120,0

dem Alter entsprechend 1—4 Theelöffel 2stündlich innerlich gegeben.

LEFFERTS.

111) **L. Concetti. Die Mischinfection bei Diphtherie in ihrer Bedeutung für die Serumtherapie. (Les associations microbiennes de la diphtherie en rapport avec la serotherapie.)** *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles. 15. Januar 1899.*

Die Mischinfection ist stets von schlechter Bedeutung. Die Klinik, wie das Experiment lehren in gleicher Weise, dass jede Zweitinfection den Organismus in seiner Widerstandsfähigkeit schwächt. PAUL RAUGÉ.

112) **Uchida** (Tokio). **Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, in dem ein gefährliches Symptom nach der Seruminjection auftrat.** *Zeitschr. d. med. Ges. zu Tokio. Bd. XII. Heft 5. 1898.*

Bei einem an leichter Kehlkopfdiphtherie erkrankten 4jähr. Kinde trat 30 Min. nach einer Seruminjection eine Temperatursteigerung auf 39° C. und hochgradige Dyspnoe mit pfeifendem inspiratorischem Stridor auf, krampfhafte Contracturen sämmtlicher Athemmuskeln und urticariaähnlicher Ausschlag am ganzen Körper. Nach einigen Stunden verschwanden sämmtliche Erscheinungen.

OKADA.

113) **Schmitt** (Dieburg). **Eine Diphtherieepidemie auf dem Lande mit besonderer Berücksichtigung des Heilserums.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 16. 1899.*

Von 251 aus 3 Ortschaften stammenden Fällen starben nur 16 = 6,4 pCt., mit Heilserum behandelt wurden 116 Kranke, davon starben 8 = 6,9 pCt., von

den nicht injicirten 135 starben auch 9 = 5,9 pCt. Zu bemerken ist, dass das Heilserum vorzugsweise in den schweren Fällen zur Anwendung kam. Von 6 Tracheotomirten kamen 5 zur Heilung, sie waren mit Heilserum behandelt.

SEIFERT.

114) **Marcuse** (Berlin). **Ist Diphtherie-Heilserum ein Heilmittel?** *Archiv für Kinderheilkunde. XXVI. Bd. 5. u. 6. Heft. 1899.*

Lieber einmal zu viel als ein einziges Mal zu wenig Heilserum einspritzen.

SEIFERT.

115) **Wenner** (Zürich). **Die Resultate der Diphtheriebehandlung seit Einführung des Diphtherieheilserums am Kinderspital Zürich.** *Archiv f. Kinderheilkunde. XXVII. 1. 2. 1899.*

Unter 512 in der Zeit vom 25. X. 94 bis 31. XII. 98 als diphtherieverdächtigen Kindern starben 52 = 10,1 pCt. Von 139 operirten Fällen waren: Intubationen 102, davon gestorben 13 = 12,7 pCt., primäre und secundäre Tracheotomien 35, davon gestorben 14 = 40,4 pCt.

SEIFERT.

116) **James Gass. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1899.*

G. brauchte das Serum mit gutem Erfolg; daneben empfiehlt er Strychnin, wenn das Herz ein Stimulans benöthigt.

EMIL MAYER.

117) **C. M. Sebastian. Der Gebrauch von Serum bei Diphtherie. (Use of antitoxin in diphtheria.)** *Memphis Med. Monthly. Mai 1899.*

Bericht über 16 Fälle. Verf. gab Serum nur in den schweren Fällen und sah jedesmal nach der Injection merkliche Besserung. Bakteriologische Untersuchungen hat er nicht gemacht.

EMIL MAYER.

118) **J. A. Love. Gedanken über Diphtheritis. (Some thoughts on diphtheria.)** *Medical Review. 13. Mai 1899.*

Der stärkste Beweis für den Werth des Serums, den Verf. selbst beobachtete, liegt in den Fällen von trachealer Diphtherie, von denen über 75 pCt. heilten. Werth legt er auf ein kräftiges Purgiren; auch giebt er Natrium benzoicum reichlich.

EMIL MAYER.

119) **Redact. Notiz. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 27. Mai 1899.*

Die Spritze soll vor dem Gebrauch sterilisirt werden; als Injectionsstelle wird die Bauchhaut empfohlen. In zweifelhaften Fällen soll man injiciren, ohne die Sicherung der Diagnose abzuwarten. Die zu injicirende Dosis betrage je nach der Schwere des Falles 600, 1000, 1500 oder 2000 I. E. In schweren Fällen kann man bei Kindern über 2 Jahren die Dosis von 2000 Einheiten, wenn nicht Besserung eintritt, nach 12—18 Stunden wiederholen und 24 Stunden später, wenn nöthig, noch ein 3. Mal 2000 I. E. geben. Patienten unter 2 Jahren erhalten 1000—1500 I. E.

LEFFERTS.

120) **Adolph Koenig. Der Gebrauch von Diphtherieserum. (The use of diphtheria antitoxin.)** *Philad. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Bericht über grosse Erfolge, die Verf. mit dem Gebrauch des Serums erzielt hat.

EMIL MAYER.

121) **W. P. Northrup. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie im New Yorker Findelhaus im Jahre 1898. (The serum treatment of diphtheria in the New York Foundling Hospital in 1898.)** *N. Y. Med. Journal. 1899.*

Alle Diphtheriekranken erhielten Serum; die Mortalität betrug bei Rachendiphtherie 0,6 pCt., bei Kehlkopfdiphtherie 25 pCt., im Ganzen $12^1/_2$ pCt.

EMIL MAYER.

122) **W. J. Mac Analy. Tod nach Seruminjection. (Death following injection of antitoxin.)** *North Carolina Med. Journal. Mai 1899.*

Das Kind erhielt das Serum am 5. Tage der Erkrankung, während es im Collaps war, und der Tod trat innerhalb 3 Minuten ein.

EMIL MAYER.

123) **Redact. Notiz. Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Serum treatment of diphtheria.)** *Medical Brief. Mai 1899.*

Hinweis auf die abnehmende Werthschätzung des Diphtherieserums.

EMIL MAYER.

124) **T. Edward Herman. Das Versagen der Serumtherapie bei Diphtheritis. (The failure of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Eine lange statistische Arbeit, in der H. zu dem Schlusse kommt, dass das Diphtherieserum keinen Nutzen gebracht hat, „die Fälle, die ohne Serum verloren sind, die septischen Fälle, die mit Nephritis complicirten, die Lähmungsfälle und stenotischen, sind gerade die, welche durch Serum nicht geheilt werden. Und durch alle die üblen Wirkungen des Serums, die oben aufgeführt sind, ist manches Leben geopfert worden, das mit den gewohnten und anerkannten Mitteln vielleicht zu retten war.“

LEFFERTS.

125) **Theodore J. Elterich. Bericht über 25 mittelst Serum und Intubation behandelte Fälle von Kehlkopfdiphtherie. (A report of twenty-five cases of laryngeal diphtheria treated by antitoxin and intubation.)** *Archives of Pediatrics. Mai 1899.*

In 4 Fällen war die Intubation nicht erforderlich. 5 Fälle endeten tödtlich. Alle erhielten Serum. Die Tube wurde durchschnittlich $2^1/_2$ Tage getragen. Ruhelosigkeit des Kindes und nicht remittirende Dyspnoe sind Indicationen zur Intubation. Die Tube soll liegen bleiben, bis die diphtheritische Membran im Halse verschwunden und der Auswurf dünn und viscide geworden ist.

EMIL MAYER.

126) **Nachod. Intubation.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 20. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

N. hält es für statthaft, Intubation auch in der Privatpraxis auszuführen,

und kann Pat. in häuslicher Pflege belassen werden, wenn man nicht das Flottiren von Membranen hört, überhaupt das Athmungshinderniss beseitigt ist.

CHIARI.

127) **Jacques** (Marseille). **Ueber die Intubation des Kehlkopfes in der Privatpraxis.** *Wiener med. Blätter. No. 17 u. 18. 1899.*

J. hält die Intubation im Hause des Kranken für durchführbar, nur habe man den Seidenfaden vom Tubus zu entfernen, bevor man den Kranken verlässt. In seltenen Fällen erfolgt Aushusten des Tubus. Es kam O'Dwyer's Instrumentarium zur Anwendung. CHIARI.

128) **Frank H. Edwards. Die chirurgische Behandlung der Diphtherie. (The surgical treatment of diphtheria.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

129) **Loewy** (Budapest). **Ein lehrreicher Fall von Ecouvillonnage.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

Ein $7^1/_2$jähriges Mädchen mit Rachen- und Kehlkopf-Trachealdiphtherie bekam eine Injection von 1500 Einheiten, am anderen Morgen schwerer Erstickungsanfall, Intubation. Durch diese wird die Stenose nicht behoben, die Cyanose besteht unverändert, deshalb sofortige Extubation, der unmittelbar darnach mittelst eines heftigen Hustenanfalles die Expectoration einer 11 cm langen Pseudomembran folgt, welche den genauen Abguss des Kehlkopfes, der Luftröhr und von der Bifurcation abwärts die Copie eines grossen Bronchus und dessen Verzweigungen bis zu den kleinsten Bronchiolen aufweist. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

130) **L. Réthi** (Wien). **Führt der untere Kehlkopfnerv auch sensible Fasern?** *Wiener med. Presse. No. 49. 1898.*

Nach Durchsicht der Literatur kam R. zu dem Ergebnisse, dass diese Frage noch ungelöst ist und sich diesbezüglich zwei Ansichten gegenüberstehen, deren eine den Recurrens als rein motorischen Nerven bezeichnet, deren andere im Recurrens nebst centrifugalen auch centripetale Fasern annimmt. Das Ergebniss der experimentellen Untersuchungen R.'s ist, dass der Recurrens sich in der Mitte und wahrscheinlich auch in den unteren Partien als rein motorisch erwies, in seinen peripheren Fasern jedoch sensible Fasern führt, welche vom Nerv. lar. sup. durch den Ramus communicans stammen. CHIARI.

131) **A. Onodi. Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopfnerven.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Die sehr ausführliche, mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit giebt neben einer Uebersicht über die ausgedehnte Literatur dieses Gebietes Bericht über die eigenen anatomischen Untersuchungen des Verf.'s. Wir können die Einzelheiten derselben hier nicht wiedergeben und verweisen Interessenten auf das Ori-

ginal. Erwähnt sei nur, dass Verf. im Recurrens Faserbündel nachweist, welche mit den Bahnen des Sympathicus, der Herznerven und des oberen Kehlkopfnerven in Zusammenhang stehen. Sowohl in der Bahn der Ansa Galeni, wie besonders im Gebiete des Musc. arytaenoideus transversus tauschen der obere und der untere Kehlkopfnerv ihre Fasern mehrfach aus. Theils durch die sympathischen Verbindungen, theils durch die Anastomosen des oberen und unteren Kehlkopfnerven ist die morphologische Grundlage zum Austausch der Nervenfasern verschiedenen Ursprunges und Verlaufes gegeben. F. KLEMPERER.

132) **A. Onodi. Zur Frage der nekroskopischen Untersuchung der Kehlkopfnerven** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 128. 1899.*

O. hält es für nothwendig, dass bei Sectionen nicht nur die Stämme des Vagus, des oberen und unteren Kehlkopfnerven, sondern die einzelnen Kehlkopfmuskeln und die peripheren d. h. Endzweige des oberen und unteren Kehlkopfnerven einzeln, ferner die Verbindungsfäden des Recurrens mit dem Sympathicus und den Herznerven untersucht werden. Er giebt zu, dass diese Untersuchungsmethode viel Zeit und Mühe in Anspruch nimmt, aber „sie ist die einzige präcis wissenschaftliche Methode, welche die klinische Beobachtung vervollkommnet und zum weiteren Aufbau unserer Kenntnisse führen kann.“ F. KLEMPERER.

133) **A. Onodi** (Budapest). **Das subcerebrale Phonationscentrum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 331. 1899.*

O. hat eine Reihe von perforirten Neugeborenen und Missgeburten untersucht und constatirt, dass das beim Hunde von ihm „festgestellte Gebiet des subcerebralen Phonationscentrums auch beim Menschen existirt und zwar in ähnlicher Weise zwischen den hinteren Corpora quadrigemina und dem Vagusgebiete“. Bekanntlich ist O.'s Feststellung beim Hunde von Grabower und vom Ref. nicht bestätigt worden. Auch seinen Untersuchungen an den perforirten Neugeborenen kann kaum Beweiskraft zugesprochen werden, da natürlich, wenn eine Frucht mit fehlendem subcerebralen Phonationsgebiet nicht schreit, der Schluss noch nicht gestattet ist, dass sie wirklich mangels dieses Centrums nicht phoniren kann.

F. KLEMPERER.

134) **Halban. Infantile Pseudobulbärparalyse.** Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 13. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1899.*

Die Störungen der Hirnnervenfunctionen waren sehr hochgradig, die Symptome von seiten der Extremitäten verschwindend gering. Das Kind ist sprachlos, aber nicht wortlos. Ausführliche Publication dieses Falles erscheint später. CHIARI.

135) **W. E. Schenck. Lippen-, Zungen-, Rachen- und Kehlkopflähmung. (Labio-glosso-pharyngeal-laryngeal paralysis.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 22. April 1899.*

Vorstellung des Patienten; die Aetiologie der Lähmung ist dunkel.

EMIL MAYER.

136) **v. Zander** (Berlin). **Ein Fall von Vago-Accessorius-Lähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. IX. S. 471. 1899.*

Vorstellung eines Patienten, der rechts motorische Lähmung des Gaumensegels, Lähmung sämmtlicher Kehlkopfmuskeln, des Sternocleidomastoideus, eines Theiles des Cucullaris, ferner Sensibilitätsstörungen im Pharynx und Larynx, links Lähmung eines Theiles der Kehlkopfmuskeln und Sensibilitätsstörungen am Gaumensegel und im Kehlkopf, ausserdem Pulsbeschleunigung, Erhöhung der Athemfrequenz und Erscheinungen seitens des Magens zeigte. Es sind also lediglich Aeste des Vagus und Accessorius ergriffen und zwar rechts sämmtliche Aeste dieser beiden Nerven. v. Z. erklärt diese Erscheinungen durch einen Herd, der centralwärts vom Foramen jugulare gelegen sein muss und nicht extramedullar sein kann. Mit den neueren Lehren Grabower's über die centrale Innervation des Larynx ist dieser Fall schwerer in Einklang zu bringen, als mit der früheren Anschauung, nach der Vagus- und Accessoriuskern als zusammenhängend galten.

F. KLEMPERER.

137) **A. W. Mc Coy. Beobachtungen über das Leben gefährdende Kehlkopflähmung im Verlaufe von Typhus. (Observations on laryngeal paralysis dangerous to life, occurring in the course of typhoid fever.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Die Lähmungen innerer Kehlkopfmuskeln sind beim Typhus nicht gewöhnlich und bleiben oft unerkannt. Die Adductorenlähmung tangirt nur die Stimme, die Abductorenlähmung aber die Athmung. Diese ist daher gefährlich für das Leben. Verf. beobachtete 3 Fälle von Posticuslähmung. In einem wurde die Intubation, im zweiten die Tracheotomie und Intubation gemacht; beide heilten. Der 3. Fall, der nicht intubirt wurde, starb. Verf. fand in den Muskeln Herde von hyaliner Degeneration und erklärt die Lähmung durch infectiöse Neuritis.

EMIL MAYER.

138) **Nihill** (Melbourne). **Doppelseitige Kehlkopflähmung. (Bilateral laryngeal paralysis)** *Intercolonial Med. Journal. 20. März 1899.*

Vorstellung des Patienten in der Medical Society of Victoria. Die Diagnose lautete auf Krebs der Speiseröhre mit Betheiligung der Recurrensnerven.

A. J. BRADY,

139) **S. Bage. Ein Fall von doppelseitiger Abductorenlähmung erfolgreich behandelt durch Entfernung des Isthmus eines Kropfes. (Case of bilateral paralysis of the laryngeal abductors successfully treated by the removal of a bronchocele.)** *Lancet. 4. Februar 1899.*

14jähriger Knabe mit doppelseitiger Posticuslähmung; die Schilddrüse war leicht vergrössert, ihr Mittellappen deutlich ausgebildet. In September 1897 wurde derselbe gespalten. Am 11. März 1898 gab der Vater an, dass noch keine Besserung zu constatiren sei (!). 3 Wochen nachher war der Knabe vollständig geheilt (!!). (Ein höchst eigenthümlicher Fall! Ref.)

ADOLPH BRONNER.

140) **J. Sendziak. Ueber die Kehlkopf-Erscheinungen bei Erkrankungen des Central-Nervensystems. (Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach nerwowejo uktadu osrodkowego.)** *Gazeta lekarska. No. 21, 22, 23, 24. 1899.*

Unter 154 verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems wurden vom Verfasser folgende Kehlkopferscheinungen beobachtet:

1. Meningo-myelitis syphilitica. Bei einem 46jährigen Manne wurde eine unbedeutende Adductorenparese beobachtet.

2. In einem Falle von Hydrocephalus chronicus (41jährige Frau) bestand Paresis postici dextri.

3. Unter 31 Fällen von halbseitigen Lähmungen in Folge von Haemorrhagia und Encephalomalacia cerebri wurden constatirt: 1mal totale linksseitige Recurrenslähmung, 4mal Paresis postici (einseitige), 2mal Paresis adductorum laryngis (1mal M. transversi, 1mal Mm. thyreo-arytaenoidei intern.).

4. Syphilis cerebri. Bei 16 derartigen Kranken wurde 1mal linksseitige Recurrenslähmung, 3mal Paresis postici constatirt.

5. Tumor cerebri. Unter 10 Fällen wurde 2mal linksseitige Paresis postici beobachtet.

6. Paralysis bulbaris progressiva. Bei 4 Fällen wurde 1mal rechtsseitige totale Posticuslähmung, einmal dieselbe incomplet, einmal totale linksseitige Recurrenslähmung constatirt; im 4. Falle waren keine nachweisbaren Veränderungen vorhanden.

7. Sclerosis disseminata. Bei 8 Kranken wurde einmal Paresis m. transversi, zweimal rechtsseitige Posticuslähmung constatirt.

8. Myelitis chronica transversa. Bei 8 Fällen wurde 4mal totale oder incomplete Paresis m. postici, einmal rechtsseitige totale Recurrenslähmung beobachtet.

9. In einem Falle von Myelitis syphilitica wurde rechtsseitige Posticuslähmung gefunden.

10. Sclerosis lateralis amyotrophica. In einem Falle (39jähriger Mann) wurde rechtsseitige Posticuslähmung gefunden.

11. Dystrophia musculorum progressiva. Ein Fall, bei dem keine nachweisbaren Veränderungen im Kehlkopf constatirt wurden.

12. Syringomyelie. Unter 2 Fällen wurden einmal Paralysis postici sin., im zweiten Parese des linken Stimmbandes constatirt; die letztere verschwand nach einem Monat mit der Abnahme der syringomyelitischen Erscheinungen.

13. Neurasthenie und Hysterie. In 33 Fällen wurden ausschliesslich Adductorenparese und Anaesthesie der Larynxschleimhaut constatirt.

14. In einem Falle von Epilepsie (25jähriger Kranke) wurde Paresis adductorum gefunden.

15. Bei 4 Fällen von Paralysis agitans wurde 2mal undeutlicher Tremor der Stimmbänder constatirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

141) **Drualt. Syringomyelie mit schweren Kehlkopf-Complicationen. (Syringomyelia with grave laryngeal complications.)** *The Medical Age. Mai 1899.*

Verf. stellt einen Fall dieser Art vor, der bei der geringsten Anstrengung schwere Dyspnoe zeigt.

EMIL MAYER.

142) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 2. S. 292. 1899.*

B. giebt eine genaue Zusammenstellung der bisherigen Literatur und schliesst eine eigene Beobachtung an. Sein Kranker zeigte eine doppelseitige Posticuslähmung, deren Entwicklung B. Schritt für Schritt verfolgen konnte, ausserdem eine Gaumenlähmung, die sich aber zum Theil wieder ausglich. — Ausser den Lähmungen, die einseitig oder doppelseitig, als Posticus- oder als Recurrenslähmungen auftreten und gewöhnlich sehr langsam sich ausbilden, kamen bei Syringomyelie auch zuckende Bewegungen der Stimmbänder und Larynxkrisen, ferner von Störungen im Gebiete des sensiblen Nerven Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, manchmal auch Analgesie und Thermoanaesthesie zur Beobachtung. F. KLEMPERER.

143) **J. Sendziak. Kehlkopf-Erscheinungen bei Tabes dorsalis. (Zaburzenia krtaniowe w wiadzie rozenia.)** *Kronika lekarska. No. 10, 11. 1899.*

Nachdem der Verf. die in den letzten Jahren viel besprochenen Fragen vom historischen, anatomisch-physiologischen und klinischen Standpunkte recapitulirt hat, beschreibt er kurz 21 von ihm beobachtete Fälle, unter welchen er 8mal Paresen und 2mal Ataxie der Stimmbänder constatiren konnte.

Was die Paresen anbelangt, so gruppirten sich dieselben in folgender Weise:

2 mal totale einseitige Recurrenslähmung.
1 mal beiderseitige Posticuslähmung.
2 mal einseitige Posticuslähmung.
3 mal acomplete Posticuslähmung.
2 mal beiderseitige Adductorenlähmung.

Sogenannte „Crises laryngées“ in verschiedenen Nuancen wurden bei 16 Kranken beobachtet. v. SOKOLOWSKI.

144) **H. Burger** (Amsterdam). **Zur Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung und zur Frage der Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 203. 1899.*

Die sehr ausführliche Arbeit prüft in gründlicher und objectiver Weise die beiden im Titel genannten Fragen. Wir haben über die Arbeiten von Grossmann, die eine Revision dieser Fragen nöthig machten, und die Nachprüfungen, die ihnen bisher bereits zu Theil wurden, so eingehend berichtet (vergl. Centralbl. XIV. p. 328 et seq.), dass wir uns hier kürzer fassen können.

Der 1. Theil, der die Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung erörtert, ist besonders werthvoll durch die einleitende Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse von Recurrensdurchschneidungen. Verf. bespricht in den weiteren Capiteln die verschiedenen Factoren, die auf den Ausfall des Experimentes Einfluss haben, die Species der Versuchsthiere, ihr Alter, die Weite der cadaverösen Glottis, die inspiratorische Luftverdünnung unterhalb der Stimmritze, die Wirkung des paarigen M. crico-thyreoideus, die Wirkung der äusseren Halsmuskeln resp. des Constrictor pharyngis, den Einfluss der Narkose, den schliesslichen und dauernden Zustand der Glottis, der von der

Stimmbandstellung unmittelbar nach der Operation verschieden ist. Der Schluss dieses Theiles bringt die Sätze:

„Die Medianstellung ist die charakteristische Position der Recurrenslähmung sicherlich nicht."

„Das gelähmte Stimmband steht unbewegt nach aussen von der Medianlinie, derselben aber bedeutend näher wie vor der Operation."

„Die Stimmritzenweite nach Recurrensdurchscheidung wird in erster Linie durch die Weite der cadaverösen Glottis in jedem Falle bedingt."

Der 2. Theil erörtert die Frage der Posticuslähmung. Dem Bericht über die bisherigen experimentellen Bearbeitungen derselben schliesst B. die Protocolle von 2 eigenen Posticusexstirpationen am Hunde an. Seine Schlusssätze lauten:

1. Dass eine physiologische Verschiedenheit besteht zwischen den beiden antagonistischen Muskelgruppen des Kehlkopfes und dass diese Verschiedenheit nicht nur die Muskeln, sondern auch die entsprechenden Nerven betrifft;

2. dass die Glottiserweiterer anderen Erregungsgesetzen gehorchen als die Verengerer, die letzteren ganz im Allgemeinen einen stärkeren Reiz beanspruchen;

3. dass die Erweiterer früher absterben und die Verengerer widerstandsfähiger sind.

Diesen physiologischen Thatsachen schliesst sich das pathologische Factum der Vorneigung der Erweiterer zum Erkranken, also das Semon'sche Gesetz, in harmonischer Weise an.

F. KLEMPERER.

145) **A. Kuttner** u. **J. Katzenstein. Zur Frage der Posticuslähmung (II. Theil) und über die Innervation des Kehlkopfs während der Athmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 2. S. 308. 1899.*

Ueber den 1. Theil der Arbeit ist bereits berichtet (Centralbl. XV, S. 129). Der vorliegende 2. Theil bespricht in den zwei ersten kurzen Capiteln „das Semon'sche Gesetz, seine historische Entwicklung und Begründung" und „die Grossmann'sche Hypothese und ihre Widerlegung." Die Verff. stellen noch einmal klar, dass bereits vor Semon sowohl die einfache Posticuslähmung (1. Stadium: Beschränkung der Auswärtsbewegung), wie die mit secundärer Abductorencontractur complicirte Posticuslähmung (2. Stadium: Medianstellung) und die totale Recurrenslähmung (3. Stadium: Cadaverstellung) klinisch bekannt waren, dass ausserdem der hypothetischen Annahme, dass den beiden ersten Stadien eine Posticusschädigung zu Grunde liege, durch den Nachweis einer ausschliesslichen Degeneration der Abductoren bei der Section (Riegel) eine anatomische Unterlage bereits gegeben war, und dass schliesslich auch der Uebergang von Stadium 1 in 2 und von Stadium 2 in 3 beobachtet war. In diesem vorhandenen thatsächlichen Material hat dann Semon den gesetzmässigen Zusammenhang erkannt, indem er das nach ihm benannte Gesetz abstrahirte. Grossmann dagegen gründete seine Hypothese auf die Annahme, dass das 1. Stadium der Posticuslähmung beim Menschen nicht beobachtet sei und dass die dem 2. Stadium entsprechende Mittelstellung beim Thiere auch nach Recurrensdurchschneidung auftrete. Beides aber ist falsch. Denn die beginnende einfache Posticuslähmung ist beim Menschen von zahlreichen Beobachtern constatirt wor-

den und die Stimmbandlähmung nach Durchschneidung des Recurrens beim Thiere entspricht nach den übereinstimmenden Resultaten zahlreicher Nachuntersucher nicht dem klinischen Bilde der Medianstellung.

In Capitel 3 berichten die Verff. über die Posticusausschaltungen, welche sie ebenso wie Grossmann nach Querdurchschneidung der Trachea vorgenommen haben. Bei den früheren Operationen von der Seite her wurden Nebenverletzungen erzeugt; die Grossmann'sche Methode liefert reinere Resultate. Die Verff. ziehen aus ihren Versuchen an ca. 50 Hunden folgende Schlüsse:

1. Die ihres M. posticus beraubte Stimmlippe kann nicht mehr so weit abducirt werden, wie früher; es liegt also jetzt das Maximum der Abduction der Mittellinie näher als vorher. Innerhalb der noch möglichen Schwingungsbreite sind die rhythmischen Respprirationsbewegungen und die Phonationsbewegungen erhalten.

2. Bei ruhiger Athmung wird die betreffende Stimmlippe nicht über die Cadaverstellung, wie sie sich nach Durchschneidung des N. laryng. sup. et inf. einstellt, abducirt. Bei angestrengter Athmung geht die Auswärtsbewegung über dieses Maass hinaus.

3. Thiere, die beider Mm. postici beraubt sind, zeigen keine Medianstellung und sterben nicht an Erstickung. Bei ruhigem Verhalten ist die Athmung dieser Thiere zwar meist hörbar, geht aber ohne Anstrengung vor sich. Bei Bewegung oder psychischer Erregung tritt Dyspnoe ein, die unter vollkommener Medianstellung bis zur Erstickung führen kann."

Die Verff. beobachteten die Thiere längere Zeit (bis zu einem Jahre) nach der Operation und sahen keine nachträgliche Veränderung, weder eine weitere Beschränkung der Ad- und Abductionsbewegungen, noch eine weitere Annäherung an die Mittellinie. Die Verff. constatiren, dass sich ihre Resultate vollkommen mit denen Grossmann's decken, in einem wichtigen Punkte aber denen Klemperer's widersprechen, der „nach Wegnahme der Mm. postici nie eine Abduction sah, die über die durch die Cadaverstellung gegebene Breite hinausging." Der Ref. wird in dem nächstfolgenden Referat hierauf zurückkommen.

Capitel 4 zeigt „das Semon'sche Gesetz im Lichte der neuen Thierexperimente." Dem Stadium 1 der einfachen Posticuslähmung, das klinisch wiederholt beobachtet und beschrieben worden ist, entspricht genau das Bild, das sich beim Thiere nach Ausschaltung des M. posticus ergiebt. Ein Analogon für das klinische Stadium 2, die dauernde Medianstellung, aber hat das Experiment nicht ergeben. Der Entfernung der Erweiterer folgt also nicht mit Nothwendigkeit und ohne Weiteres eine Contractur der Verengerer. Es muss vielmehr zur einfachen Posticuslähmung noch ein Factor hinzutreten, um aus dem Stadium 1 das Stadium 2 zu erzeugen. In einer Reihe von Fällen ist es eine Reizung im Gebiete der Adductoren, die zu der Lähmung der Abductoren hinzukommt und aus der einfachen Posticuslähmung die complicirte werden lässt. Ob dies für alle Fälle gilt, ist zweifelhaft; der die Complication bedingende Factor bedarf noch weiterer Klärung.

Aus diesem Kapitel verdient noch die interessante Krankengeschichte eines Mannes Erwähnung, bei dem die Verff. nicht nur den Uebergang von Stadium 1

in Stadium 2 der Posticuslähmung, sondern den Wechsel beider, d. i. Rückkehr aus der mehrtägigen Fixation in Medianlinie in das Stadium der beschränkten rhythmischen Aus- und Einwärtsbewegungen im Laryngoskop beobachteten.

Im letzten Kapitel ziehen die Verff. aus ihrer Beobachtung, dass das posticuslose Stimmband noch über die Cadaverstellung nach aussen geführt werden kann, den Schluss, „dass auch nach der Entfernung des M. posticus noch irgend eine Kraft vorhanden ist, welche eine active Abduction der Stimmlippen zu bewirken im Stande ist". Ueber ihre Vorstellung von dieser Kraft giebt nur der eine Satz Auskunft: „Weitere Experimente haben es wahrscheinlich gemacht, dass der Mm. cricothyreoideus, der M. arytaenoideus und vor allem der M. crico-arytaenoideus lateralis eine Auswärtsbewegung der gleichseitigen, bezw. anderseitigen Stimmlippe bewirken kann".

Es folgt eine Erörterung über „die Innervation des Kehlkopfs während der Athmung." Die Verff. führen gegen die Krause-Semon'sche Lehre, dass die Erweiterer allein während der ruhigen Athmung innervirt sind, eine Reihe von Gegengründen ins Feld. Sie sind der Ansicht, dass „beim Menschen ebenso wie beim Hunde während der Athmung (bei der ruhigen, wie bei der lebhaften) Adductoren und Abductoren innervirt sind. Während der Inspiration wächst die Innervationsenergie der Adductoren, während der Exspiration diejenige der Adductoren. Die Bewegung, die durch die Zunahme der activen Kraft der einen Muskelgruppe ausgelöst wird, wird unterstützt durch den passiven Nachlass der Contraction der anderen Muskelgruppe." Auf die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der gleichzeitigen Innervation von Abductoren und Adductoren bei der ruhigen Athmung haben bereits Uchermann, Burger u. A. hingewiesen, freilich aus Gründen, die sich jetzt als nicht stichhaltig erwiesen haben. Kuttner und Katzenstein sind auf neuem, eigenen Wege zu derselben Anschauung gelangt. Ihre Gründe bedürfen natürlich auch erst weiterer Prüfung. Bisher ist die ganze Frage sicherlich nicht schlüssig und harrt weiterer Bearbeitung.

Den Schluss der werthvollen Arbeit bildet die Mittheilung einiger Versuchs-Protocolle.

F. KLEMPERER.

146) **F. Klemperer. Ueber die Stellung des Stimmbandes nach Ausschaltung des Musc. cricoarytaenoideus posticus.** *Pflüger's Archiv. Bd. 94. S. 272. 1899.*

K. hat seine früheren Posticusdurchschneidungen an Hunden (vergl. Centralbl. XV. S. 129) mittelst der Grossmann'schen Methode (Centralbl. XV. S. 127), deren Ueberlegenheit er vollständig anerkennt, wiederholt. Er theilt 5 Versuchsprotokolle mit, auf Grund deren er den Effect der Posticusausschaltung folgendermaassen beschreibt: „Das Stimmband ohne Posticus wird nicht mehr abducirt. Durch die Action der Adductoren und des Cricothyreoideus kann es noch rhythmische Bewegungen machen, die es bei der Inspiration aus der Mittellinie heraustreten lassen und exspiratorisch in dieselbe zurückführen. Dabei aber tritt es höchstens bis in die Cadaverstellung nach aussen: es scheint sogar noch innerhalb derselben zu bleiben; niemals aber tritt es über dieselbe hinaus nach aussen. Dagegen zeigt es eine grosse Tendenz zum Verharren in der Mittellinie, in der es durch einen spastischen oder tonischen Krampf

der Adductoren oft minutenlang festgehalten wird. Diese Krampfstellung wird besonders bei der Untersuchung des wachen Thieres beobachtet; die Narkose hebt sie gewöhnlich auf. Regelmässig freilich ist der Wechsel zwischen Mittelstellung und rhythmischen Excursionen nicht; hier scheinen noch individuelle Verschiedenheiten der Thiere oder sonstige unbekannte Factoren mitzuspielen".

Bezüglich der Analogien dieses experimentellen Befundes beim Hunde mit dem Bilde der Posticuslähmung beim Menschen sagt K., dass das in geringem Umfange sich bewegende Stimmband des Hundes der ersten Phase der Abductorlähmung beim Menschen entspricht; der zweiten Phase, bei der das Stimmband in Mittellinie feststeht — fährt er fort — „entspricht das in der Mittellinie fixirte Stimmband des Hundes. Nur ist diese Medianstellung beim Hunde stets nach einiger Zeit vorübergehend; sie kann deshalb nicht durch Contractur, sondern nur durch Spasmus resp. Tonus der Adductoren erklärt werden".

In diesen Resultaten besteht eine erfreuliche Uebereinstimmung mit Kuttner und Katzenstein (vergl. voriges Referat). Denn dass diese auch eine vorübergehende Medianstellung beim Hunde unter dem Einfluss von Bewegung und psychischer Erregung sahen, sprechen sie ja selbst aus (S. 33, Satz 3). Andererseits sagt K. direct, dass der Wechsel zwischen den beschränkten rhythmischen Bewegungen und der Fixation in Medianstellung kein regelmässiger und im Experiment nicht willkürlich erzielbar ist; es spielen hier noch „unbekannte Factoren" mit. Die vollständige Analogie zwischen der oben erwähnten Krankengeschichte von Kuttner und Katzenstein (S. 33) und dem Bilde, das K. in seinen Versuchen erhält, liegt auf der Hand.

Es bleibt somit nur eine Differenz, auf die Kuttner und Katzenstein auch ausdrücklich hinweisen (s. oben S. 33): Diese sehen das posticuslose Stimmband bei forcirter Inspiration über die Cadaverstellung nach aussen treten; K. konnte dies nicht beobachten. Ref. hat in seinen späteren Versuchen ebenfalls auf diesen Punkt besonders Acht gegeben und hält daran fest, dass das posticuslose Stimmband auch bei dem angestrengt athmenden Thiere in der Regel nicht über die Cadaverstellung hinausgeht. Dass es hin und wieder weiter nach aussen geführt wird, leugnet er nicht; aber er muss auf einen Punkt hinweisen, den er in seiner ersten Mittheilung schon betont hat (Fraenkel's Archiv VIII. S. 504), dass die Stimmbänder, auch wenn alle vier Kehlkopfnerven durchschnitten sind, gelegentlich noch nach innen geführt und nach aussen gezogen werden. Nur sind diese Bewegungen nicht mehr rhythmische, sondern unregelmässige, vereinzelte; ohne Frage sind sie passiver Natur. Und ebenso hält Ref. die Abduction des posticuslosen Stimmbandes über die Cadaverstellung hinaus, wenn sie gelegentlich vorkommt, für eine passive. Natürlich bedarf dieser Punkt noch weiterer Aufklärung. Autoreferat.

147) **Donogany. Ueber die Function der Taschenbänder bei der Phonation.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1899.*

Nach sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur kommt Verf., gestützt auf vielfache eigene Beobachtungen, zu dem Schlusse:

Bei der Phonation beobachtet man regelmässige Bewegungen der Taschenbänder, welche durch die Lage des in ihnen gelegenen Muskels bedingt sind und einen bestimmten Typus zeigen; unter pathologischen Verhältnissen bei Behinderung oder Erschwerung des Glottisschlusses treten die Taschenbänderbewegungen helfend oder vertretend auf, neben oder an Stelle der Stimmbandbewegungen.

Die Details sind im Originale nachzulesen. SCHECH.

148) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Das Sprechen, Ursache von Infection. (Het spreken, oorzaak van infectie.)** *Med. Weekblad. V. No. 48. 25. Februar 1899.*

Anknüpfend an eine Arbeit Fränkel's (Berl. klin. Woch. 1899) betont E. die Gefahr der Infection durch die Mundflüssigkeit, welche die meisten Menschen, wenn sie sprechen, in die Luft hineinschleudern. Zu den antiseptischen Maassregeln beim Operiren möchte E. die Mundreinigung des Chirurgen vor der Operation und sein Stillschweigen während derselben gerechnet wissen. H. BURGER.

149) **Körner** (Rostock). **Die Hygiene der Stimme.** Ein populär-medicinischer Vortrag. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1899.

Der kurz gehaltene Vortrag bringt Alles, was für den inneren und äusseren Schutz unserer Stimmorgane nothwendig ist, in einer so klaren leicht verständlichen Form, dass wir dem Verf. dafür dankbar sein müssen. Unseren stimmkranken Patienten und unseren gesunden Mitmenschen sei die Lectüre dieses Vortrages und die Berücksichtigung der hier empfohlenen Schutzmaassregeln dringend empfohlen. SEIFERT.

150) **Alexander J. C. Skene. Die Stimme als diagnostischer Factor. (The voice in diagnosis.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

S. hält die diagnostische Bedeutung der Stimme für eine ausserordentlich grosse. Die Function des Larynx wird vom Gehirn und Nervensystem beherrscht und die Stimme giebt über den geistigen Zustand besser Auskunft, als das gesprochene Wort. Worte können trügen und die Gedanken verhüllen; der Charakter der Stimme verräth das wahre Fühlen. „Die Zunge kann lügen, der Larynx sagt die Wahrheit.“ Wir können auf die werthvolle und lesenswerthe Arbeit hier nicht näher eingehen und geben nur die Ueberschriften der 8 Capitel wieder, in denen der Verf. sein Thema abhandelt: 1. Einleitung, 2. der diagnostische Werth der Stimme, 3. krankhafte Veränderungen der Stimme bei Circulationsstörungen, 4. die Stimme als Index für den Zustand des Nervensystems, 5. die Stimme vor und nach grösseren Operationen, 6. das Zeugniss der Stimme nach grösseren Operationen, 7. die Stimme bei apathischen Zuständen, 8. der Schmerzausdruck in der Stimme nach abdominellen Operationen. LEFFERTS.

151) **Carl Seiler. Die schädlichen Folgen forcirter und unnatürlicher Athmung für die Stimmproduction im künstlerischen Sinne und für die individuelle Gesundheit. (The injurious effects of forced and unnatural breathing upon voice production as an art and upon the health of the individual.)** *Pennsylvania Medical Journal. April 1899.*

Die Coordination des Zwerchfells mit den Intercostalmuskeln beim Athmen

während der Stimmproduction ist nothwendig. Ein zu hoher Druck stört die stehenden Wellen in den Resonanzhöhlen und vermindert die Qualität und den Umfang der Stimme. Zu niedriger Druck auf der anderen Seite setzt die Deutlichkeit der Consonanten herab.

EMIL MAYER.

152) **A. Zienciakiewicz. Athemholungs-Typen beim Singen. (Typy oddechania w zastosowaniu do sztubi spiewu.)** *Gazeta lekarska. No. 32, 33. 1899.*

Verf. glaubt, dass der zuerst von Mandl empfohlene diaphragmatische Athemtypus für den Sänger der zweckentsprechendste ist. Am Schlusse seiner Arbeit giebt Verf. allgemeine Regeln über das Athmen beim Singen.

A. v. SOKOLOWSKI.

153) **P. Hellat. Die Theorie der Abdominalathmung beim Singen.** Vortrag, gehalten auf dem XII. internationalen Congress zu Moskau. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 476. 1899.*

Die Zwerchfellathmung wird von Alters her von Gesangslehrern empfohlen. H. zeigt, dass dieselbe — für die er die Bezeichnung „Abdominalathmung" als entsprechender vorschlägt — zwar richtig ist und beibehalten werden muss, dass aber die theoretischen Begründungen, die ihr Mandl und Merkel gaben, falsch sind. Ihre Vorzüge liegen darin, dass der Thorax und mit ihm die Bronchi während der ganzen Athmungsphase so gut wie ganz unverändert bleiben, also „alle consonirenden Räume in der einmal eingenommenen Ausdehnung und Stellung verharren"; und zweitens, dass die Bauchmuskeln dem Willen besser gehorchen und eher sich jedem Impulse anpassen, als die Intercostales.

F. KLEMPERER.

154) **E. N. Maljutin. Die Bedeutung der Form des harten Gaumens als eines wichtigen Bestandtheiles des Resonators beim Singen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 40. 1899.*

M. hat den Gaumen einer Reihe von Sängern — zum Theil an Abdrücken — gemessen und stellt folgende Sätze auf:

1. Unter sonst gleichen Bedingungen spricht ein hoher Coefficient des Verhältnisses der Höhe zur Steilheit unbedingt für die Güte der Stimme, für ihre Sicherheit und Leichtheit.

2. Eine absolute Höhe spricht für die Stärke der Stimme.

3. Mängel im Bau des harten Gaumens können ein bedeutendes Hinderniss beim Gesangunterricht bilden und ziehen nach sich — wenigstens bei den jetzigen Unterrichtsmethoden — verschiedene Halskrankheiten.

4. Nach der Form des Gaumens, zusammen mit den Resultaten der laryngoskopischen Untersuchung kann man bestimmen, welches Register der Sängerin eigenthümlich ist.

M. überschätzt ohne Zweifel die Bedeutung des Gaumens und übersieht, wie viele andere Factoren noch neben diesem in Rechnung zu ziehen sind. Die Behauptung, dass „von den verschiedenen Gesangunterrichtsmethoden wahrscheinlich eine so gut ist, wie die andere, jedoch jede nur anwendbar bei Personen, welche einen gleichen Gaumen haben, wie ihr Lehrer" und manches andere wird

er wohl bald ebenso einschränken müssen, wie er in der vorliegenden Arbeit einschränkt, was er früher über den Einfluss der Stimmgabeln auf die Stimme gesagt hat.

F. KLEMPERER.

155) **S. Flatau. Intonationsstörungen und Stimmverlust.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Beiträge zur Lehre von den Stimmstörungen der Sänger. — Eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

CHIARI

156) **Abrahams. Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis. (Aphonia and dysphonia of laryngitis.)** *N. Y. Med. News. 14. Januar 1899. N. Y. Medical Record. 18. Februar 1899.*

Der Verf. empfiehlt zur Heilung der Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis folgendes Verfahren, dem nach seiner Erfahrung kein anderes gleich kommt. Man markirt zuerst mit einem Stift an beiden Seiten des Halses annähernd die Stelle in der Membrana thyro-hyoidea, wo der interne Ast der oberen Kehlkopfnerven, der sensorische Nerv des Larynx, in diesen eintritt. Diese beiden Stellen werden dann mittelst Methylchlorid oder einem Spray von Rhigolen gründlich zum Gefrieren gebracht. Der Erfolg ist fast stets ein momentaner, die Phonation, die eben noch schwierig und schmerzhaft war, ist meist sofort frei.

LEFFERTS.

157) **A. W. de Roaldes** und **Gordon King. Die Falsett-Stimme. (Falsetto voice.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1899. Journ. Americ. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Falsettstimme ist ganz etwas anderes, als Eunuchenstimme. Die letztere beruht auf einer Entwicklungshemmung und ist unheilbar. Die Falsettstimme aber ist gewöhnlich leicht zu beseitigen. Meist ist die falsche Athmung an derselben schuld. Die Behandlung besteht in Athemübung und Sprachgymnastik. Man lässt tief und ruhig inspiriren und beim Exspirium erst Vocale, später Silben und Worte anlauten. Eine einzige Lection von 1—2 Stunden kann genügen, um die Falsettstimme in einen Bariton zu verwandeln. Doch ist dann noch längere Ueberwachung nöthig, um Recidive zu verhüten.

EMIL MAYER.

158) **Th. S. Flatau** (Berlin). **Ueber die persistirende Fistelstimme mit Bemerkungen über die stimmärztliche Anwendung des Phonographen.** *Berliner klin. Wochenschr. 15. 1899.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des Edison'schen Phonographen zur acustischen Darstellung von Stimmstörungen. „Ungeachtet mancher Unvollkommenheiten, die z. Th. durch Einübung auf dem Apparat überwunden werden müssen, ist die phonographische Fixation und Darstellung stimmlicher Leistungen und Störungen schon in weiten Grenzen möglich. Innerhalb dieser Grenzen verdient die Methode besondere Pflege wesentlich nach 3 Richtungen: 1. Zur Erforschung der Pathologie der Stimmstörungen neben den bisher üblichen Methoden, 2. zur Demonstration und zur Controlle der Therapie, 3. für den klinischen, z. Th. auch

für den physiologischen Unterricht." (Verf. belegte diese Behauptungen durch Demonstration von Phonogrammen einer persistirenden unreinen Fistelstimme, einer Uebungslection und des damit gewonnenen Resultats in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.)

ZARNIKO.

159) **G. Hudson Makuen. Ein Fall von fehlerhaftem Sprechen im Zusammenhang mit einigen interessanten Störungen cerebraler Functionen. (Report of case where defective speech results in some interesting derangements of cerebral functions.)** *Journal Am. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Der Fall betrifft einen 15jährigen Jungen, dessen Sprache so schlecht war, dass man ihn kaum verstehen konnte. Der Junge konnte gut rechnen, war überhaupt durchaus nicht schwachsinnig, aber er hatte enorme Schwierigkeiten im Gebrauch von Buchstaben und Worten und war oft unfähig, die einfachsten Worte zu schreiben oder sich auf eben gelernte Buchstaben und Worte zu besinnen. Es bestand eine functionelle Schwäche des corticalen Wortcentrums mit partieller Wortblindheit. M. empfahl systematische Uebungen; der Erfolg sollte entscheiden, ob die Störung functioneller oder organischer Natur sei. Die Besserung des Patienten war wunderbar.

EMIL MAYER.

160) **Antony** (Paris). **Hysterische Taubstummheit. (Surdi-mutité hysterique.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. Januar 1899.*

Es handelt sich um einen jungen Soldaten, der plötzlich taub und apathisch wurde, ohne am Ohr oder Larynx Veränderungen darzubieten. Die hysterische Natur dieser Symptome wurde erwiesen durch das Vorhandensein von Anästhesie des rechten Arms, ferner von Gesichtsfeldeinengung mit Anosmie und Fehlen des Rachenreflexes. Der Kranke konnte lesen und schreiben, war überhaupt vollständig im Besitze seiner Intelligenz verblieben.

PAUL RAUGÉ.

161) **Veis. Die hysterische Taubstummheit.** *Münchener medic. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Der Mutisme hysterique von Solis Cohen, auch „Apsithyrie" genannt, findet sich häufiger bei Männern, und zwar tritt derselbe plötzlich durch irgend einen Shok auf. Combinationen mit anderen nervösen Symptomen sind höchst merkwürdig, so namentlich die Verbindung der Stummheit mit der Taubheit, die hysterische Taubstummheit, von der etwa 20 sichere Fälle bekannt sind. V. theilt nun einen weiteren, einen 26jähr. Landwirth betreffenden Fall mit, der über Nacht taubstumm geworden war. Da sich die Krankheit meist im Gefolge von Krämpfen, Extremitätenlähmung, Facialislähmung findet, liegt die Möglichkeit einer Verwechselung mit Apoplexie vor; wichtig ist das Erhaltensein des motorischen Schreibsinnes. Die beste Therapie ist die Application eines kräftigen faradischen Stromes extra- oder endolaryngeal; bei Kindern muss auf Würmer gefahndet und müssen diese eventuell abgetrieben werden. Bei dem von V. mitgetheilten Falle wurde zuerst die Tube catheterisirt, worauf die Sprache von selbst kam.

SCHECH.

162) **Gustav Spiess. Methodische Behandlung der nervösen Aphonie und einiger anderer Stimmstörungen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 368. 1899.*

S. macht auf die vielfältigen aussergewöhnlichen Bewegungen der Zunge, des Halses etc. aufmerksam, die bei nervös Aphonischen als directes Hinderniss der normalen Stimmgebung entgegenstehen. Die gründlichste Untersuchung der Kopfhaltung, der Stellung des Kehlkopfs, der Function des Zwerchfells etc., die Beobachtung jedes Blickes und jeder Geste des Patienten ist nöthig, um die im Einzelfalle vorhandenen Fehler erkennen zu lassen und ihre rationelle Behandlung zu ermöglichen.

Für die methodischen Ton- und Sprachübungen, mit denen die besten Behandlungsresultate erzielt werden, giebt Verf. eingehende Anleitungen. In den schwersten Fällen, in denen weder ein Ton noch ein tonvoller Husten da ist, beginnt er die Uebungen nicht mit den Vocalen (in leichteren Fällen wird mit „o" angefangen), sondern mit dem klingenden Consonanten „m". Es folgt „mo", „mohn" u. s. w. Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Erwähnt sei, dass der Verf. dieselben Stimmübungen zur Behandlung der Singstimme anwendet, und dass er sie auch zur Nachbehandlung für an Stimmbandknötchen Operirte empfiehlt. (Vgl. den Curtis'schen Vortrag diese Nummer S. 55. Red.) Er erklärt die Entstehung der Knötchen durch die Reibung der in entgegengesetzten Phasen schwingenden Stimmbänder. Sie liegen nicht sowohl zwischen vorderem und mittlerem Drittel des Stimmbandes, sondern in der Mitte zwischen dem vorderen Ansatz an der Cartil. thyroid. und hinteren Ansatz am Proc. vocalis, also genau in der Mitte des wirklich schwingenden Stimmbandes. Ganz frische Schwellungen mögen den Stimmübungen noch weichen; ein richtiges Knötchen aber, meint S., wird durch dieselben nicht mehr schwinden: deshalb ist es zu operiren und dann erst sind die Stimmübungen am Platze.

F. KLEMPERER.

163) **Gluck** (Berlin). **Flüstersprache und Phonationsapparate.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1899.*

G. ermöglicht Laryngectomirten, denen nach seinem und Zeller's Vorschlage die prophylactische Resection der Trachea mit Einnähung des Stumpfes in die Hautwunde gemacht ist, ein tönendes Sprechen durch folgenden Apparat: Eine kleine Gummiprothese passt luftdicht in das Trachealrohr und trägt ein Ventil, das sich bei der Inspiration öffnet, bei der Exspiration schliesst. Der Exspirationsstrom gelangt jenseits des Ventils in einen Gummischlauch, in dem eine die Phonationsvorrichtung bergende Olive sitzt. Diese Olive setzt sich in einen Gummischlauch fort, den sich der Patient bis zur Höhe der Uvulaspitze in den Pharynx einführt, sodass die Olive in einem Nasenloch festsitzt. Wird die Olive angeblasen, so kann Pat. laut und deutlich sprechen, der Apparat bleibt andauernd trocken und functionstüchtig. Von einer weiteren Vervollkommnung seines Apparats erwartet G. nicht allein Vortheile für die Kranken, sondern auch Belehrung über die Theorie der Stimme und Sprache.

Zum Schluss bemerkt G., dass er von seinen letzten 26 hintereinander operirten Kehlkopfcarcinomen 23 geheilt hat.

ZARNIKO.

164) **R. Coën** (Wien). **Ueber einen seltenen Fall von Sigmatismus nasalis. Heilung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Der Sigmatismus nasalis beschränkte sich in diesem Falle nicht nur auf die Bildung des „s“ und „z“, sondern auch zugleich auf alle übrigen „S“-Laute. Keine organische Veränderung. Durch entsprechende Uebung erlernte der Knabe zuerst das „sch“ sprechen, sodann leicht alle übrigen „S“-Laute. CHIARI.

165) **Flatau** (Berlin). **Sprachgebrechen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege.** *Bresgen's Samml. Bd. I. Heft 8.*

An der Hand von 3 Schulfällen von 1. verstopftem Näseln in Verbindung mit Lispeln und offenem Näseln bei Zischlauten; 2. von Stummheit ohne Taubheit; 3. von Stottern erörtert Verf. das Wesen dieser und anderer Sprachgebrechen, ihre Beziehungen zu Erkrankungen der oberen Luftwege und ihre Therapie. Der interessanten, eingehenden Arbeit in einem kurzen Referat gerecht zu werden ist unmöglich. SALOMON (ZARNIKO).

166) **Clement J. Theisen. Die Aetiologie des Stotterns. (The etiology of stuttering.)** *Albany Medical Annal. April 1899.*

Eine Uebersicht über die Literatur dieser Sprachstörung. EMIL MAYER.

167) **W. Scheppegrell. Der neuropathische Ursprung des Stotterns. (The neuropathic origin of stuttering.)** *Philad. Med. Journal. 14. Januar 1899.*

Nicht jeder Fall kann als Ausdruck einer neuropathischen Familiendisposition oder Degeneration betrachtet werden. Bei einer beträchtlichen Anzahl von Patienten ist nichts derartiges zu erweisen. EMIL MAYER.

168) **Sinkler. Stottern bei Hysterie. (Stammering in hysteria.)** *N. Y. Med. Record. 15. Februar 1899.*

Das hysterische Stottern ist dadurch ausgezeichnet, dass der Patient die Anfangssilben der verschiedenen Worte zu wiederholen vermag und dass er auch nicht die anderen Stotterern eigenthümliche Unfähigkeit, Worte mit gewissen Anfangsbuchstaben auszusprechen, besitzt, ferner fehlen die Gesichtsverzerrungen und die explosive Aussprache mancher Laute. LEFFERTS.

169) **Levy** (Charlottenburg). **Das Wesen des Stotterns.** *Arch. f. Kinderheilk. XXVI. Bd. 5. u. 6. Heft. 1899.*

Das Stottern, welches im Laufe der Sprachentwicklung entsteht, beruht im Wesentlichen auf mangelhafter Einübung der Sprachorgane. Das Centrum des Stotterns ist identisch mit dem Centrum der motorischen Sprachbahn, weil das Stottern ein falsch eingeübtes Sprechen ist. Die Therapie besteht in der Hebung des Allgemeinbefindens, in Kräftigung der Energie, Beseitigung der nervösen Reizbarkeit des Stotterers. Der Kern der Therapie ist ein zweckmässig angeordneter Sprachunterricht, die Kinder müssen von Neuem sprechen lernen.

SEIFERT.

170) **Albrecht** (Berlin). **Bericht über das Jahr 1898 aus der Poliklinik für Sprachstörungen des Dr. H. Gutzmann zu Berlin.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. Februar 1899.*

Die Poliklinik für Sprachstörungen wurde im Jahre 1898 von 168 Patienten besucht, unter welchen die Stotterer überwogen (67). Unter diesen fanden sich 7 Fälle mit adenoiden Vegetationen; bei 2 Knaben wurden sie entfernt, worauf Besserung der Sprache eintrat. Ebenso führte die Entfernung der grossen Rachenmandel bei 3 Patienten zu geringer Besserung. SEIFERT.

171) **Oltuszewski. Die theoretische und praktische Bedeutung der Logopathologie. (Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii.)** *Kronika lekarska. No. 7, 8. 1899.*

Verf. bespricht auf Grund von 1058 von ihm beobachteten Fällen der verschiedenen Formen von Sprachstörung die Classification, Pathogenese und Therapeutik derselben, sowie den Zusammenhang der Logopathologie mit anderen Zweigen der Medicin. Er beschreibt zum Schluss die Anstalten für die Behandlung der Sprachstörungen. A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

172) **H. A. Hare. Ein Fall von acuter Thyroiditis. (A case of acute thyroiditis.)** *N. Y. Medical News. 25. März 1899.*

Auftreten einer acuten Schilddrüsenentzündung mit Symptomen von Thyroidintoxication bei einer Frau nach einer leichten Verletzung an der rechten Seite des Halses. Der rechte Lappen der Thyreoidea schwoll an und es traten Fieber, Palpitationen und andere Symptome auf, die augenscheinlich auf die Gegenwart von Thyreoidsubstanz in der Circulation zu beziehen waren. Die meisten dieser Fälle endigen in Eiterung und Tod; Musser indess hat einen Fall berichtet, der nach Eiterung in Heilung überging. LEFFERTS.

173) **Wakabayaski** (Tokio). **Accessorische Struma am Zungengrunde.** *Tokio Iji-shinshi. Januar 1899.*

Ein 20jähr. Mädchen hat seit 3 Mon. von der Schildknorpelgegend nach den Brüsten ausstrahlende Schmerzen, vorübergehende Heiserkeit, allmählich zunehmende Schluckbeschwerden, kindliche Sprache, Fremdkörpergefühl im Schlund. In der Mitte des Zungengrundes befindet sich ein taubeneigrosser, halbkugeliger, platter, mit gesunder Schleimhaut bedeckter, von der Unterlage nicht verschiebbarer Tumor. Exstirpation. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung erweist denselben als Struma. OKADA.

174) **Schilling. Ueber Tetanie nach partieller Strumectomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1899.*

Der Fall betrifft einen $15^3/_4$jährigen Metalldrücker, welcher nach Entfernung des linken Schilddrüsenhorns und des Mittellappens plötzlich heftige Krämpfe in

beiden Armen bekam. Sch. erklärt das Auftreten von Tetanie aus der acuten Hypertrophie und rasch vermehrten Consistenz des schon kropfig degenerirten rechten Schilddrüsenlappens.

SCHECH.

175) **Barth** (Leipzig). **Zur Behandlung der Struma mit Thyreoidin.** Dissertat. Würzburg 1899.

Unter 30 aus der Klientel des Referenten stammenden Fällen von Struma wies in 73 pCt. die Thyreoidinbehandlung guten, in 17 pCt. geringen, in 3 Fällen gar keinen Erfolg auf. Von Nebenerscheinungen wurden beobachtet Nervosität und Kopfschmerz, Störungen der Digestion, Herzklopfen, Müdigkeitsgefühl, in Sa. in 5 Fällen.

SEIFERT.

176) **Bramwell. Symptome von Thyroidismus bei einem Säugling nach Darreichung von Thyroidextract bei der Mutter. (Symptoms of thyroidism induced in a nursing infant through the milk of the mother taking thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1899.*

Nachdem er in Myxödemfällen, die mit Thyroidextract behandelt wurden, das reichliche Auftreten von Milch in den Brustdrüsen beobachtet hatte, gab Bramwell einer 34jährigen Frau mit Basedow'scher Krankheit, die ein 6 Monate altes Kind stillte, Thyroidextract. Das Resultat war das Auftreten von Thyroidismus-Symptomen bei dem Kinde.

LEFFERTS.

177) **Jeulain. Jodothyrin bei Thyroid-Chlorose. (Jodothyrin in thyroid chlorosis.)** *N. Y. Med. News. 8. April 1899.*

J. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Unter den durch Autointoxication verschuldeten Chlorosen giebt es eine, welche vom klinischen und therapeutischen Standpunkt aus sich als Thyroid-Autointoxication darstellt.

2. Klinisch charakterisirt dieselbe sich als eine gewöhnliche Chlorose mit einem dem Myxödem ähnlichen Oedem, mit Hypertrophie der Schilddrüse und mit den Zeichen der beginnenden Basedow'schen Krankheit.

3. Therapeutisch ist bemerkenswerth, dass diese Chlorose unter Behandlung mit Jodothyrin verschwindet. Das Jodothyrin wird in Tabletten zu 0,24, drei bis fünf täglich, längere Zeit in allmählich steigender und dann wieder absteigender Menge gereicht.

LEFFERTS.

178) **Paul T. Morf. Sarcom der Schilddrüse. (Sarcoma of the thyroid gland.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 29. April 1899.*

47jähriger Mann, der früher keinen Kropf hatte. Die Geschwulst wurde operirt, recidivirte aber nach 4 Monaten. 4 Wochen später Exitus. Mikroskopische Diagnose: Primäres, gemischt-zelliges Sarcom.

Das Sarcom der Schilddrüse ist eine seltene Erkrankung. Es kommt etwas häufiger in den Ländern mit endemischem Kropf vor, als in denen, wo der Kropf in der Regel nur sporadisch auftritt. Es findet sich häufiger bei Männern als Frauen und öfter in späteren, als in jugendlichen Jahren. Es trifft öfter Personen, deren Schilddrüse bereits Sitz eines Kropfes war.

EMIL MAYER.

179) **Anders. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *Philad. Med. Journal. 18. März 1899.*

Heilung nach 6 Monate fortgesetztem Gebrauch von

Extr. Digital. 0,24
Extr. Ergotin. (Squibb) 0,03
Strychnin. sulfur. 0,03
Ferr. arsenic. 0,12.

Div. in caps. 24. Sign. 3mal täglich 1 Kapsel, nach dem Essen z. n.

EMIL MAYER.

180) **Kant. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Rp. Duboisin sulfur. 0,0005
Aqu. destill. 5,0.
M. D. S. 2- oder 3mal täglich z. n.

EMIL MAYFR.

181) **Redact. Notiz. Gegen Basedow'sche Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. April 1899.*

3 Tropfen Tct. Veratr. virid. 2mal täglich ansteigend bis zu der Menge, die gerade noch vertragen wird, soll in vielen Fällen Heilung bringen.

EMIL MAYER.

182) **H. H. Vinke. Thyroidverfütterung als entwicklungsförderndes Mittel für zurückgebliebene Kinder. (Thyroid feeding as an aid in the development of backward children.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1899.*

Der Erfolg der Thyroidtherapie bei diesen halb-cretinischen Zuständen ist ein ausserordentlicher. Die ersten Fälle dieser Art sind von Draper 1896 und Cl. Dukes 1898 mitgetheilt.

LEFFERTS.

183) **Runeberg** (Finland). **Fall von Myxödem.** *Verhandl. d. Finnsch. Läkare-sällskap. XLI. S. 446. März 1899.*

R. demonstrirte einen Patienten mit Myxödem, bei welchem mittelst der Thyreoidinbehandlung in einigen Wochen eine auffallende Besserung sowohl der psychischen als der somatischen Symptome erzielt worden war.

SCHMIEGELOW.

184) **L. Popow. Ueber einen Fall von Myxödem, behandelt mit Schilddrüsenpräparaten. (Po powodu odnawo slutschaja slisistawo oteka, polsowannawo preparatomi schtschitowidno jelesi.)** *Wratsch. No. 2. 1899.*

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass im Verlaufe einer 3monatlichen Behandlung mit Thyreoidin von Ferrein in Moskau und Poehl in Petersburg nicht nur alle Symptome des Myxödems verschwanden, sondern auch die Schilddrüse sich zu entwickeln begann. Im Beginn der Behandlung war sie nicht zu fühlen.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

185) **Rischawy** (Wien). **Der Mechanismus der Erstickung beim Schlucken grosser Bissen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1899.*

Bissen, welche weder in die Respirationsorgane selbst hineingerathen sind, noch auch für die Passirung des Oesophagus absolut zu gross sind, können eine Erstickungsursache abgeben und zwar in der Weise, dass der Schluckact gerade auf seiner Höhe unterbrochen wird, der freigewordene Bissen auf den Kehlkopfeingang fällt und von dort nicht mehr weggebracht werden kann, da die Wiederaufnahme der Schluckbewegung an dem Bissen selbst ein unüberwindliches Hinderniss findet.

CHIARI.

186) **W. Schmidt. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus. (Slutschai inorodnawo tela w pischtschewode.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

Ein Knochenstück von 4,2 cm Länge und 2,7 cm Breite wird am 5. Tage vermittelst Oesophagotomie aus der vereiterten Speiseröhre mit gutem Erfolg entfernt. S. warnt vor dem Versuche, jeden Fremdkörper in den Magen hinabzustossen.

P. HELLAT.

187) **Faludy** (Budapest). **Geldstücke in der Speiseröhre.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. 49. 1899.*

Ein 2jähriger Knabe hatte eine Münze verschluckt, das Röntgenbild ergab, dass die Münze in der Höhe des sternalen Endes des Schlüsselbeins in der Speiseröhre steckte. Mit Hülfe des Gräfe'schen Münzenfängers konnte die Münze extrahirt werden. In einem 2. Falle sollte ein 3jähriger Knabe Laugenstein geschluckt haben, bei der Bougirung wurde mit der Sonde ein Zweihellerstück entfernt.

SEIFERT.

188) **J. B. Harrington. Drei Fälle von Operation wegen Fremdkörper im Halse nach Lokalisirung durch X-Strahlen. (Three cases of operation for foreign bodies in the throat located by the x rays.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 6. April 1899.*

1. Sicherheitsnadel bei einem Kind von $1^1/_2$ Jahren, 4 Tage nach dem Verschlucken leicht per os entfernt.

2. 16 Monate altes Kind; Metallknopf mit Nadel durch Oesophagotomie 5 Wochen nach dem Verschlucken entfernt. Tod nach 6 Tagen. Section ergiebt: Multiple Ulcerationen im Oesophagus; bilaterale Otitis media; allgemeine Anämie.

3. 2 Jahre altes Kind. Wassermelonenkern, der durch die X-Strahlen nicht localisirbar war, operativ entfernt.

H. empfiehlt frühe Operation; dieselbe ist den vielen Versuchen mit der Sonde vorzuziehen.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) St. Clair Thomson (London). **Die Cerebrospinalflüssigkeit und ihr spontanes Entweichen aus der Nase. (The Cerebrospinal Fluid. Its Spontaneous Escape from the Nose.)** Cassell & Co. Ltd. London 1899. 140 pp.

Das Studium dieser ausgezeichneten Monographie ist jedem Fachgenossen dringend zu empfehlen. Dr. St. Clair Thomson hatte die Gelegenheit, Jahre lang einen Fall von anfänglich intermittirendem, später continuirlichem Ablaufen wässriger Flüssigkeit aus einem Nasenloche zu beobachten. Die Patientin war ein 25jähriges Mädchen, dessen Gesundheit nichts zu wünschen übrig liess. Ueber den Ursprung des Leidens war absolut nichts zu ermitteln. Die chemische Untersuchung des Sekrets zeigte, dass es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelte. Diese Beobachtung gab Dr. Thomson die Veranlassung, sich mit der dunklen Frage der Cerebrospinalflüssigkeit überhaupt eingehender zu beschäftigen, und das Ergebniss seiner Studien liegt nunmehr in Gestalt eines Bändchens vor, aus welchem jeder Leser etwas lernen können dürfte.

Nach einer kurzen historischen Einleitung bespricht Th. das Entweichen der Cerebrospinalflüssigkeit 1. aus dem Ohr (nach Traumen), 2. aus dem Ohr (spontan), 3. aus der Nase (nach Traumen), 4. aus der Nase (spontan). Letzteres Vorkommen ist nicht eine anerkannte Thatsache. Es folgt sodann eine genaue Beschreibung von dem Falle des Autors mit genauer Analyse des Sekrets, die von dem bekannten Biochemiker, Prof. Halliburton, vorgenommen worden ist. Sodann folgen andere einschlägige Fälle, die nach des Autors Meinung hierher gehören, und zwar zuerst 9 „unzweifelhafte“, dann 12 ,,wahrscheinliche“, und endlich 8 ,,möglicher Weise“ hierher gehörende. Alle diese Fälle werden genau analysirt.

Sodann folgt a) die Differentialdiagnose von 1. nasaler Hydrorrhoë, 2. dem sogenannten ,,Hydrops des Antrums“ (der Verfasser glaubt nicht an eine chronische Mucocele), 3. von inspirirtem und in der Nase zurückgehaltenem Wasser, 4. von vaso-motorischer Neuritis, 5. vom Sekret zerrissener Lymphgefässe, b) ein klinisches Bild der cerebrospinalen Rhinorrhoë, c) die Beschreibung der chemischen Prüfung der Cerebrospinalflüssigkeit. Hieran schliesst sich ein pathologischer Abschnitt: a) der interne Hydrocephalus, b) die cerebralen Symptome in der Majorität der Fälle, c) die Route, welche die entweichende Flüssigkeit nehmen kann, d) die Behandlung.

Ein zweiter, kurzer, rein wissenschaftlicher Theil behandelt die Beobachtungen des Verfassers über die Zusammensetzung und die Function der Cerebrospinalflüssigkeit beim Menschen. Er bespricht die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit, ihre Sterilität und Geschwindigkeit, vergleicht den morgendlichen und den abendlichen Erguss, berichtet über die Wirkung der Injection der Flüssigkeit in die Circulation von Thieren, den Ein-

fluss von Anstrengungen und von der Körperhaltung auf den Erguss und auf dessen Zusammensetzung, und schliesst mit einem Bericht über die Zunahme desselben bei Compression des Abdomen.

Das vorstehende Inhaltsverzeichniss dürfte eine Vorstellung von der Reichhaltigkeit des hier auf kleinem Raume Gebotenen geben. Aber nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ist die Arbeit vorzüglich. Thomson hat den Gegenstand in der That so weit erschöpft, wie es im gegenwärtigen Augenblick möglich ist, und selbst, wenn man ihm vielleicht nicht an allen Stellen zustimmt, so wird man sich doch nirgendwo der Achtung für die Begründung seiner Ansichten verschliessen können. Noch sei rühmend der ebenso ausgedehnten wie gründlichen Literaturbenutzung gedacht.

Ich schliesse, wie ich begann: mit einer dringenden Empfehlung, das Büchlein im Original zu studiren. Felix Semon.

---

b) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

P. Heymann: Die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

P. Schech: Die tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

C. Gerhardt: Die syphilitische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

P. Bergengrün: Die lepröse Erkrankung des Larynx und der Trachea.

P. H. Gerber: Acute infectiöse Phlegmone, Erysipelas im Larynx.

F. Klemperer: Die Localisation von Hautkrankheiten und parasitären Affectionen im Kehlkopfe.

P. Pieniázek: Chronische infectiöse Infiltrationszustände in Larynx und Trachea.

W. Landgraf: Kehlkopferkrankungen bei Typhus, Keuchhusten und Cholera.

G. Catti: Kehlkopferkrankungen bei Scharlach, Masern und Varicellen.

G. Hoppe-Seyler: Die diphtheritische und croupöse Erkrankung des Larynx und der Trachea.

A. von Sokolowski: Larynxerkrankungen bei chronischen und Allgemeinkrankeiten.

D. Hansemann: Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Th. S. Flatau: Hygiene des Kehlkopfes und der Stimme. Stimmstörungen der Sänger.

R. Wagner: Hilfsmittel für den laryngologischen Unterricht. Die Photographie des Kehlkopfes.

Das Kapitel über die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre ist eine nicht uninteressante academische Abhandlung über das Wesen des Katarrhs, welche indessen, mit Rücksicht auf die frühere Krieg'sche Besprechung der Schleimhautentzündung, keinem regelrechten Bedürfniss zu entsprechen scheint.

Ueber die tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre giebt uns Schech eine ausgezeichnete Monographie. Nach einer historischen Einleitung verbreitet er sich über Aetiologie und betont das in unanfechtbarer Weise festgestellte Vorkommen primärer Larynxtuberculose. Im histologischen Abschnitt reproducirt er einige schöne Abbildungen aus der bekannten Arbeit von Heinze. In Bezug auf die mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete Symptomalogie sei hier nur erwähnt, dass Verf. den sogenannten tuberculösen Katarrh immer bereits als ein tuberculöses Infiltrat betrachtet, und dass, auch nach seiner Erfahrung, die einseitige Larynxtuberculose in der Regel auf derselben Seite wie die Lungenaffection auftritt.

Im Abschnitt über die Diagnose wird die Differentialdiagnose zwischen „Lupus" und „Tuberculose" gestellt, dabei jedoch mit keinem Worte erwähnt, dass auch der Lupus eine Form von Kehlkopftuberculose darstellt. Es ist gewiss Schade, dass Verf. nicht daran gedacht, dass auch der Kehlkopf-Lupus zu seinem Revier gehörte. Demzufolge fehlt in dem ganzen Handbuch die Besprechung dieser wichtigen Arbeit.

Im Paragraphen über die Prognose und in dem besonders verdienstvollen Abschnitt über die Therapie wird die Frage der Heilbarkeit der Larynxphthise in objectivster Weise erörtert und kann Verf. in voller Anerkennung der bedeutenden Fortschritte der Therapie sich dem „jetzt vielfach beliebten Jubel über die durch die moderne Behandlung erzielten Resultate" nicht anschliessen, zumal die Zahl der vollständig und dauernd geheilten Fälle eine sehr geringe ist.

Schliesslich sei das practisch eingetheilte, reichhaltige Literaturverzeichniss dem Suchenden empfohlen.

Es dürfte für eine monographische Darstellung keinen schwierigeren Gegenstand geben als die Syphilis, welche ja im Kehlkopfe unter ausserordentlich mannigfaltigen Bildern auftritt. Die Bearbeitung Gerhardt's muss auch in literarischer Hinsicht als eine mustergiltige hervorgehoben werden. Nach den anleitenden und allgemeinen Paragraphen, wo wir mit Befremden nur auf die auf zehn Wochen ausgedehnte Incubationszeit stossen, bespricht Verf. der Reihe nach die verschiedenen anatomischen Krankheitsformen: Katarrh und Erythem, Condyloma latum, Gumma, diffuse Infiltration, Geschwüre, Perichondritis, Cicatrix. Die Localisation am Kehlkopf wird einzeln besprochen, ebenso das Oedema laryngis, die Chorditis inferior, Ankylose, Stimmbandlähmungen und secundäre Geschwülste. Diese ganze Beschreibung ist durch Uebersichtlichkeit und Klarheit ausgezeichnet. Diagnose und Behandlung sind ein wenig stiefmütterlich bedacht worden. Ref. kann z. B. nicht zugeben, dass die Möglichkeit der Verwechslung mit Lupus eine

so entfernte ist, dass die Besprechung der Differentialdiagnose überflüssig wäre. Eine örtliche Behandlung neben der allgemeinen hält Verf. für die grosse Mehrzahl der Fälle für überflüssig.

Der letzte Abschnitt der Arbeit ist den viel selteneren syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre gewidmet.

Die beiden Capitel über die Lepra und über das Sklerom sind ausserordentlich geeignet den vielen Laryngologen, welche diese Krankheiten aus eigner Erfahrung nicht kennen ein klares Bild derselben zu verschaffen. Manchem wird es neu sein, dass die Lepra in jedem Falle mit unabweisbarer Sicherheit den Kehlkopf ergreift. Wenn auch die Anaesthesie der Schleimhäute die laryngoskopische Untersuchung ungemein erleichtert, so wird dieselbe dagegen häufig erschwert ja unmöglich durch die schmerzhaften Rhagaden an Lippen und Zunge und durch die Einrollung und Massenzunahme der den Kehlkopf überlagernden Epiglottis. Die typische Knotenbildung, der geschwürige Zerfall, die oft zur Unkenntlichkeit gesteigerte Entstellung des Organs, das ganze vielgestaltige Bild dieser entsetzlichen, unheilbaren Krankheit ist in vortrefflicher Weise beschrieben worden.

Pieniazek, der früher zwischen dem Laryngosklerom und den spontanen Schleimhauthyperplasien, resp. der Stoerk'schen Blennorrhoë unterschied, hat sich später überzeugt, dass auch die letztere durch den Frisch'schen Bacillus verursacht wird und als Sclerom aufgefasst werden soll. Nur die mit Ozaena im Zusammenhang stehenden fötiden Katarrhe ohne Infiltration sind von dem Sklerom zu trennen. Die Symptomatologie ist sehr kurz, die makroskopische Pathologie, das Spiegelbild, dagegen ausführlich geschildert worden. Ref. kann die Lectüre dieser beiden Capitel nur wärmstens empfehlen.

Es dürfte kein sehr glücklicher Gedanken gewesen sein, die Bearbeitung der acuten Laryngitis, der acuten submucösen Laryngitis und der acuten infectiösen Phlegmone drei verschiedenen Autoren zu überweisen. Eine einheitliche Behandlung wäre gewiss mehr geeignet zur Klärung dieses verwirrtesten Gebietes der Laryngologie beizutragen. Indessen ist die Gerber'sche Arbeit, die von grosser Literaturkenntniss und kritischer Begabung zeugt, ein dankenswerther Beitrag zur der Frage. Ob es Verf. gelungen ist zu beweisen, dass die Krankheitsbilder der Phlegmone und des Erysipels des Kehlkopfes auseinandergehalten werden sollen, möchte Ref. dahingestellt sein lassen. Die Prognose dieser Leiden bezeichnet Verf. als dubia; beim Erysipel ad bonam, bei der Phlegmone od malam vergens.

Klemperer giebt einen lesenswerthen Ueberblick über die im Kehlkopf localisirten Krankheiten der Haut: Herpes, Pemphigus, Urticaria, Soor. Sämmtliche Affectionen sind im Kehlkopf selten. Vielleicht ergebe ein sorgfältigeres Achten auf die mit Herpes labialis einhergehenden acuten Laryngitiden eine grössere Häufigkeit des laryngealen Herpes. Von den Pemphigusfällen mit vorwiegender Betheiligung der Schleimhäute enden nach Verf. fast $^3/_4$ letal.

Ref. vermisst in Anschluss an die behandelten Schleimhaut-Ausschläge eine Besprechung der Aphthen laryngis, die übrigens im Seifert'schen Capitel über die Ulcerationen der Schleimhaut kurze Erwähnung gefunden hat.

Die beiden (warum zwei? Ref.) guten Capitel über Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten seien hier nur kurz erwähnt. Hervorzuheben ist die sehr kritische Besprechung der Pathogenese und der pathologischen Anatomie der verschiedenen typhösen Kehlkopflocalisationen. Den Randgeschwüren der Epiglottis schreibt Landgraf, wie Louis, eine sehr hohe Bedeutung für die Diagnose Abdominaltyphus zu. In Bezug auf die Masern bestätigt Catti auf Grundlage einer grossen Erfahrung die Beschreibung Löris vom Auftreten von Makeln auf der Schleimhaut des Larynx und der Trachea, bereits am ersten Erkrankungstag des Masernprodromalstadiums. Demnach existire kein eigentliches Prodromalstadium der Masern.

Die Erkrankungen des Kehlkopfes bei Influenza, Rotz und Variola werden nicht in diesem Bande, sondern an anderen Stellen besprochen.

Eine Besprechung der diphtheritischen und croupösen Erkrankung des Larynx und der Trachea auf nur 25 Seiten könnte unmöglich mehr wie einen flüchtigen Ueberblick über das reichhaltige Thema bieten. Indessen angesichts der eigenthümlichen losen Beziehung zwischen unserer Specialität und der Diphtherie dürfte das hier Gebotene dem Zwecke vollauf entsprechen. Die Auffassung des Croup als einer Theilerscheinung der Diphtherie ist jetzt allgemein acceptirt. Die Behandlung der Larynxdiphtherie lässt Verf. in allen Fällen mit einer starken Dosis Heilserum beginnen. Bei reiner Diphtherie des Kehlkopfes empfiehlt er die Intubation. Die Tracheotomie reservirt er für schwere Fälle.

Es sei hier bemerkt, dass — ebenso wie von Lepra und Sklerom — auch von der Diphtherie die Localisation im Rachen und in der Nase in den beiden andern Bänden des Handbuches von demselben Autor behandelt worden ist.

Eben weil die chronischen Allgemeinerkrankungen und Constitutionsstörungen nur sehr wenige typische Affectionen im Kehlkopfe veranlassen, war die systematische Zusammentellung alles einschlägigen Materials eine schwierige, dazu aber sehr nützliche Aufgabe, für deren Lösung wir dem Verf. gern Dank zollen.

Die typischsten Kehlkopfveränderungen in Folge von Constitutionsleiden sind die an den Larynxknorpeln seltenen arthritischen Tophi. Auch die leukämischen Infiltrationen auf der Kehlkopfschleimhaut sind selten. Die Beziehungen zwischen den physiologischen und pathologischen Vorgängen der weiblichen Geschlechtsorgane und der oberen Luftwege werden kurz erörtert. Hier hätten auch die Pubertätsneurosen der Knaben einen Platz finden können. Zum Schluss erwähnt Verf. den Einfluss einiger chronischen Vergiftungen (Alkohol, Tabak, Quecksilber, Jod) auf die Kehlkopfschleimhaut.

Die nicht zu seltenen schweren Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre werden von Hansemann nur berührt. Von den die Lebensfähigkeit nicht ausschliessenden Missbildungen behandelt er in drei Abschnitten diejenigen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Schilddrüse, schliesslich solche der Nerven und Gefässe.

Ein Capitel über die Hygiene des Kehlkopfes und der Stimme ist neu in den laryngologischen Handbüchern. Wir begrüssen dasselbe mit grosser Freude und bedauern umsomehr die Abwesenheit eines Capitels über die Sprach-

Physiologie. Wenn auch das Bestreben des Verf.'s, „die Form feuilletonmässiger Schilderung" zu vermeiden, als gescheitert angesehen werden muss[1]), so kann Ref. die Lectüre dieser an guten Rathschlägen und Erfahrungsergebnissen reichen Arbeit nur bestens empfehlen. Die gesonderte Besprechung der Erziehung (Uebung und Entwicklung) und der Erhaltung der Stimme erweist sich als ganz zweckentsprechend. Verf. vertheidigt mit guten Gründen den Nutzen von Gesangübungen im kindlichen Alter. Nur während der Stimmmutation (nicht Mutismus! = Mutitas = Stummheit. Ref.) verlangt er streng eine Pause. Als wichtige heilgymnastische Uebungen empfiehlt er das Rudern und Schwimmen, auch das Radfahren und Turnen. Störungen der Wegsamkeit der Nase sollen beseitigt werden; ausgebreitete atrophische Catarrhe lassen ihn davon abrathen, den Gesang als Beruf zu wählen. Ausführlich verbreitet er sich über die Erziehungsfehler: das Singen auf den Kehlkopf, zu lange fortgesetzte Uebungen u. s. w. Zur Erhaltung der Stimmmittel betont er die Wichtigkeit der Lage für das Gebiss, der Schonung des Organs bei Erkrankungen desselben, der Vermeidung von Alcoholocis und Tabak.

Die Stimmstörungen der Sänger sind in subjective und objective Störungen eingetheilt und der Reihe nach besprochen worden.

Wagner giebt eine Zusammenstellung der Hilfsmittel zur Erlernung der laryngoskopischen Technik und zum laryngologischen Unterricht. Dem ersteren Zweck dienen eine grosse Anzahl Phantome (Oertel, Tobold, Waldenburg, Isenschmid, Labus Garel, Baratoux, Schech). Unter den zweiten erwähnt er Schemata zum Einzeichnen des laryngoskopischen Befundes und die Apparate zur Demonstration der Kehlkopfmuskeln (Oertel, Wagner). Auch die Kehlköpfe aus Papier maché und die laryngoskopischen Atlanten gehörten hierher. Ref. möchte hieran die Klage über den Mangel an guten laryngologischen Wandtafeln knüpfen. Er hat, wahrscheinlich in der Internationalen Medicinischen Ausstellung zu Rom 1894, ausgezeichnete laryngo-rhinoskopische Tafeln gesehen; hat dieselben aber später nirgendwo auffinden können. Kann einer der Collegen Auskunft geben? [Vgl. Centralblatt XI. S. 503. Red.]

Zum Schluss des Bandes giebt Wagner eine historische Schilderung der verschiedenen Bestrebungen zur Photographie des Kehlkopfes. Dieselben fängt mit Czermak an, der jedoch die Photographie nur in Verbindung mit der Autolaryngoskopie übte. Mandl soll 1860 schon recht Gutes geleistet haben; allein es ist keine Beschreibung seines Apparates bekannt geworden. Es folgen dann die Versuche von Stein, French, Behnke und Beregszázy; während schliesslich Wagner und Musehold beide vom Standpunkt ausgegangen sind, dass das photographische Verfahren sich der gewöhnlichen Laryngoskopie eng anlehnen müsse.

Mit dem von Kronenberg bearbeiteten Register schliesst die Laryngologie.

---

1) Als Beispiel sei folgender Satz citirt: „Von den überängstlichen Gemüthern unter den Rednern und Sängern, die bis zum Knie in Flanell verpackt, nie ohne Salmiakplätzchen oder Emser Pastillen ausgehen, führt ein weites Feld nuancenreicher Uebergangstypen zu den übertapferen Prahlern, die sich Alles zumuthen und als deren Prototyp der alkoholophile dicke Bassist anzusehen ist."

Dem Ref. war die Lectüre dieser beiden stattlichen Bände ein wahrer Genuss. Mögen alle Collegen die gleiche Erfahrung machen!

Amsterdam, October 1899. H. Burger.

---

c) British Medical Association.

Jahresversammlung in Edinburgh 1898.

Section für Laryngologie und Otologie.

Vorsitzender: Dr. P. Mc Bride.

Der Vorsitzende heisst die Gesellschaft in der schottischen Hauptstadt herzlich willkommen und eröffnet die Verhandlungen der Section mit einer Ansprache über „die Ausbreitung der Laryngologie und Otologie". Sowohl nach der medicinischen, wie nach der chirurgischen Seite besteht für den Specialisten die Gefahr, dass er das Feld seiner Thätigkeit zu weit in die Domäne des allgemeinen Arztes und Chirurgen hinein ausdehnt: der Laryngologe, der die Thyrotomie und Excisionen ausführt, vermag auch Kröpfe und Halsdrüsen zu entfernen und bald wird er nicht mehr zögern, am Oesophagus und am Magen zu operiren. Dasselbe Ausbreitungsbestreben zeigt sich auch in der Otologie und Rhinologie, wenn auch bei beiden naturgemäss nicht in demselben Maasse wie bei der Laryngologie.

Der Vorsitzende wendet sich dann dem starken Anwachsen der literarischen Thätigkeit zu und bespricht einige ins Auge fallende Besonderheiten der Specialliteraturen der verschiedenen Länder. Der englische Autor liebt die Kürze und hebt mehr die practische, als die rein wissenschaftliche und theoretische Seite seines Themas hervor. Der deutsche Autor dagegen geht hervorragend ins Detail und beleuchtet seine Frage von jedem nur möglichen Gesichtspunkt aus und nicht immer in den kürzesten Worten; dabei zeigen manche deutschen Autoren eine Tendenz zur Polemik, manchmal geradezu zu persönlichen Angriffen. Freilich darf nicht verkannt werden, dass gegenwärtig die beste medicinische Literatur aus Deutschland stammt. Frankreich liefert viele vortreffliche Arbeiten; es scheint aber doch, als ob die Menge des vorhandenen Materials die grosse Zahl der Journale, welche in französischer Sprache den genannten Specialitäten gewidmet sind, nicht rechtfertigte.

Indem Redn. von der nationalen zur individuellen Charakteristik übergeht, erklärt er für den besten Autor denjenigen, der etwas Neues und Werthvolles mitzutheilen hat. Weniger Anerkennung verdient derjenige, welcher von den grossen Erfolgen irgend eines neuen Heilmittels berichtet, das oft nur in seiner Hand sich als wirksam erweist, und ferner derjenige, der mit begrenzter allgemein-medicinischer resp. chirurgischer Bildung die Bedeutung des Specialorgans, mit dem er sich beschäftigt, zu vergrössern sucht.

Zum Schluss führt Mc Bride seine Gedanken darüber aus, wie man die un-

geheure Menge der Specialliteratur auf dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in einer handlicheren Form dem Leser darbieten könnte. Er empfiehlt 1. Schaffung einer Körperschaft, bestehend aus Männern von reifer Erfahrung und weiter Belesenheit in jedem Lande, die in ihrer Stellung etwa äquivalent den Mitarbeitern der heutigen Centralblätter und Journale wären. 2. Wahl von 2 oder 3 solcher Mitarbeiter in ein engeres Centralcomité in jeder Metropole. 3. Bildung eines Stabes von Referenten aus den jüngeren Autoren. — Jeder Mitarbeiter würde bestimmte Journale zu lesen haben; aus diesen hätte er dem Centralcomité die Titel der Arbeiten namhaft zu machen, die er der Verbreitung für werth erachtet. Die so entstehende Liste wird vom Centralcomité geprüft, eventuell auch gesondert und geht dann den Referenten zu. Auf diese Weise käme ein Journal zu Stande, das nur das beste von allem, was geschrieben wird, brächte, das sich in vernünftigen Dimensionen hielte und das auch, wenn es in englischer, französischer und deutscher Sprache erschiene, in geschäftlicher sowohl wie in wissenschaftlicher Beziehung Erfolg haben dürfte.

Zur allgemeinen Discussion war das Thema gewählt:

Die Wechselbeziehungen und der relative Werth der experimentellen Forschung und der klinischen Erfahrung in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Sir Felix Semon (London) hatte das Referat übernommen, soweit die Laryngologie in Frage kommt. Er theilt die Laryngologen, die in dieser Frage sich eine Meinung gebildet haben, in 3 Gruppen: diejenigen, die den Werth der experimentellen Forschung vollständig leugnen, dann diejenigen, denen die klinische Erfahrung bedeutungslos erscheint, und schliesslich eine dritte vermittelnde Gruppe, zu der Redner sich selbst rechnet, die beide Methoden bei richtiger Anwendung in gleicher Weise für ausserordentlich werthvoll ansieht, wenn auch beide nicht unfehlbar sind. An einer Reihe von Beispielen zeigt Semon, dass die klinischen Methoden gewöhnlich die Natur der meisten localen und auch der constitutionellen Erkrankungen klarstellen, wenn auch Fälle vorkommen, in denen sie nicht ausreichen, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Auch die Hilfsmethoden der mikroskopischen, bacteriologischen, elektrischen etc. Untersuchung führen nicht immer zu ganz zuverlässigen Schlüssen. Deshalb erschien es wünschenswerth, das Experiment zu Hülfe zu rufen. Freilich ist es fraglich, ob die Resultate, die bishor mit demselben auf laryngologischem Gebiete erzielt wurden, so zuverlässig und allgemein anerkannt sind, dass man berechtigt wäre, das experimentell Gewonnene als Gesetz der klinischen Auffassung unterzulegen. Semon giebt einen Ueberblick über die hauptsächlichsten experimentellen Forschungen, die in der Laryngologie gemacht wurden, und zeigt, dass dieselben, soweit sie sich in der richtigen Beschränkung hielten, wie es in gewissen Fragen der Fall war, unzweifelhaft von entscheidender Bedeutung waren und von grossem Werth für den klinischen Fortschritt. Auf der anderen Seite hat das Experiment manche der vorhandenen Schwierigkeiten nicht aufzuklären vermocht, ja dieselben noch vergrössert und auch einigen Grundproblemen der Laryngologie gegenüber hat der

Versuch der experimentellen Aufklärung versagt. — Redner wendet sich dann den verschiedenen Fehlerquellen der experimentellen Forschung zu, die er selbst bei seinen eigenen Untersuchungen kennen gelernt hat. Er stellt 4 principielle Punkte auf, die man bei der Beurtheilung jedes Experimentes sich stets gegenwärtig halten muss. 1. Die Frage, zu deren Lösung das Experiment angestellt ist; 2. die Methodik des Experimentes; 3. die möglichen oder wahrscheinlichen Fehlerquellen in dem individuellen Falle; und 4. die Persönlichkeit des Experimentators. Semon drückt zum Schluss die Ueberzeugung von neuem aus, der er vor 8 Jahren schon Ausdruck gegeben hat: dass ihm die klinische und experimentelle Erfahrung langer Jahre keinen Zweifel darüber gelassen hat, dass in diesen Fragen weder das Experiment der klinischen Auffassung, noch die klinische Beobachtung dem Experiment das Gesetz vorschreiben kann. Aber ebensowenig besteht zwischen beiden eine Unvereinbarkeit, vielmehr ergänzen sie sich gegenseitig und wo immer ein Widerspruch sich zu erheben scheint, da ist der Conflict nur ein scheinbarer; bei genügender Geduld und Sorgfalt lässt er sich immer erklären durch Mängel der klinischen oder pathologisch-anatomischen Untersuchung, durch Fehler in der Methode des Experiments oder durch eine falsche Fragestellung für dasselbe.

Greville Macdonald (London) beleuchtet die rhinologische Seite der Frage. Die Function der Nase, die eingeathmete Luft zu erwärmen, anzufeuchten und zu filtriren wurde vermuthet, ehe noch ein Experiment nach dieser Richtung unternommen war, so dass die Laboratoriumsforschung hier nur die klinische Beobachtung bestätigte. Es wurde gezeigt, dass die Feuchtigkeitsmenge, welche die Einathmungsluft aufnimmt, wechselt a) mit der Geschwindigkeit des Inspirationsactes, b) mit der Weite der Nasenpassage und c) mit dem Grade der Schwellung des erectilen Gewebes. Letzteres Factum ist von Bedeutung mit Rücksicht auf die pathologischen Zustände des erectilen Gewebes und wegen der Unbedenklichkeit, mit der manche Rhinologen die radicale Entfernung der unteren Muscheln empfohlen und ausgeführt haben. Die experimentelle Forschung hat ferner ergeben, dass eine Schleimhaut, über welche die Athemluft streicht, bis zu einem gewissen Grade die Functionen der Lunge theilt. Weiterhin haben St. Clair Thomson und andere die filtrirende Fähigkeit der Nase erwiesen, welche mit der bemerkenswerthen Toleranz derselben gegenüber unreinen Instrumenten und gegenüber der mit Mikroorganismen überladenen Atmosphäre zusammenfällt.

Redner wendet sich dann den sogenannten Reflexphänomenen der Nase zu, die physiologischer Demonstration kaum zugänglich sind und deren Studium deshalb mit grösserem Interesse vom klinischen Standpunkt aus betrieben worden ist. Macdonald kommt zu dem Schluss, dass zwar auch auf rhinologischem Gebiete das physiologische Experiment die klinische Thätigkeit gefördert hat, dass die letztere aber doch in weit höherem Maasse von der klinischen Beobachtung Nutzen gezogen hat und auch fernerhin ziehen wird, vorausgesetzt, dass die physiologischen Schlüsse aus derselben mit der genügenden Vorsicht gezogen werden.

William Milligan (Manchester) als dritter Referent spricht über den Werth, den die experimentelle Forschung für die Otologie gehabt hat[1]).

In der Discussion ergab sich allgemeine Zustimmung zu den Ausführungen der Redner.

Holbrook Curtis (New York): Die Behandlung der Laryngitis der Sänger.

Die Laryngitis der Sänger ist ein einfach entzündlicher Zustand des Larynx und der Stimmbänder, der den Sänger vorübergehend am Gebrauch seiner Stimme verhindert; die allgemeine Entzündung, die man bei der gewöhnlichen Laryngitis findet, fehlt dabei. Die häufigste Ursache ist die Reibung. Dieselbe wird durch Stimmanstrengungen oder -Missbrauch hervorgerufen, wobei die gegenüberliegenden Knotenpunkte der vibrirenden Segmente einander berühren. Der unter dem Namen „Coup de glotte“ bekannte Stimmansatz ist für viele Fälle dieser Art verantwortlich. Der Zustand der chronischen Entzündung, der sich so herausbildet, kann zu der sogenannten Sodawasserflaschenform der Stimmbänder führen, welche durch interstitielle Veränderungen und möglicherweise auch durch die Bildung von Reibungsknötchen verursacht wird. Durch die Anwendung von Stimmübungen lassen sich Knötchen ohne mechanische oder chirurgische Hilfe beseitigen und die Gewohnheit derartiger Stimmübungen ist für jeden Sänger vom Beginn seiner Carriere an wichtig zur Vermeidung solcher Affectionen. Die richtigen Uebungen verhüten die Berührung der Stimmbänder mit einander, so dass eine Reibung unmöglich wird. (Redner demonstrirt seine Uebungsmethoden.) Indem die Nasen- und Mundhöhle in richtiger Weise in Mitthätigkeit gesetzt werden, kommt eine verschiedene Reihe von Obertönen zu Stande und dementsprechend nehmen die Stimmbänder ein anderes Arrangement der Segmentation an. Bei täglichem Gebrauch dieser Uebungen lässt die durch die Reibung verschuldete Entzündung nach.

Dundas Grant hat ebenfalls von den Stimmübungen den grössten Nutzen gesehen. Beim Singen in Kopfregister werden die Stimmbänder verdünnt und dabei kommt eine Verdrängung von Blut aus den Gefässen und eine mechanische Anämie zu Stande.

Cecil E. Shaw (Belfast): Ein Fall von Epitheliom des Rachens.

Frau P., 36 Jahre alt, suchte den Redner am 19. Mai 1897 mit Klagen über Schluckbeschwerden und ein lästiges Gefühl im Halse auf. Die Patientin ist wohl genährt; in ihrer Familien-Anamnese liegt nichts Belastendes; Aborte haben nicht

1) Dr. Turner hat die Güte gehabt, uns einen Auszug aus dem vorzüglichen einleitenden Vortrage Dr. Milligan's zu senden. Leider können wir denselben nicht aufnehmen, da sein Inhalt, der rein otologischer Natur ist, nicht in den Rahmen des Centralblatts gehört und wir keine Präcedenzfälle zu schaffen wünschen. Interessenten werden den Vortrag in extenso in der Septembernummer des Journal of Laryngology 1898 finden. Red.

stattgefunden. Anfang März 1897 fingen ihre Halsbeschwerden zuerst an, Ende April wurde ihre Stimme heiser und Schluckschwierigkeiten stellten sich ein. Schmerzen haben niemals bestanden. — Die Untersuchung ergiebt einen trockenen und schmutzigen Rachen; mit dem Kehlkopfspiegel sieht man eine etwa nussgrosse Schwellung an der hinteren Rachenwand direct hinter der Epiglottis, die von der an dieser Stelle ulcerirten Geschwulst berührt wird. Lymphdrüsen sind nicht vergrössert. Redner, der eine antisyphilitische Behandlung empfahl, sah die Patientin nicht wieder. Er hörte später, dass Blutungen aus der Geschwulst sich eingestellt hätten und dass die Patientin, ohne dass neue Symptome sich entwickelten, allmählich schwächer geworden sei, bis sie comatös wurde und am 9. Juli starb. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte. Das Alter der Patientin und das Fehlen von Schmerzen verdienen Beachtung.

In der Discussion, die sich anschloss, erörtern Mc Bride, Semon und Milligan die Frage des Vorhandenseins oder Fehlens von Schmerz in diesen Fällen. Beides kommt vor. Der Vorsitzende, Dundas Grant und Urban Pritchard weisen auf die Wichtigkeit der digitalen Untersuchung in diesen Fällen hin.

Walker Downie (Glasgow): Drei Fälle von Fremdkörper im Halse mit Lokalisation durch Roentgenstrahlen.

Redner illustrirt seine 3 Fälle durch Projectionsbilder. In Fall 1 war eine Nadel längere Zeit im Larynx festgekeilt, im Fall 2 steckte eine Nadel dicht am hinteren Rand des Schildknorpels ausserhalb des Larynx. Mit dem Kehlkopfspiegel war der Fremdkörper in beiden Fällen nicht zu sehen und ebense wenig konnte er mit dem palpirenden Finger gefühlt werden. — In dem 3. Falle handelte es sich um ein im Oesophagus festgeklemmtes Pennystück, das nach der Lokalisirung durch X-Strahlen mit dem Münzenfänger entfernt wurde. — In Fall 1 wurde der Schildknorpel in der Mittellinie des Halses blosgelegt, das Perichondrium gespalten; der Nadelkopf konnte nun mit der Zange gefasst und extrahirt werden. — In Fall 2 liess sich die Nadel in der rechten Fossa hyoidea mit der Zange fassen und durch den Mund entfernen.

Adolph Bronner (Bradford): Zur gründlicheren Sterilisirung unserer Hals- und Naseninstrumente.

Redner erklärt das Kochen für die einzig zuverlässige Art, die Instrumente zu sterilisiren, und demonstrirt einen neuen vertikalen Sterilisationsapparat.

H. S. Birkett (Montreal): Ein Fremdkörper im Nasenrachenraum.

Ein Fingerhut steckte seit 19 Jahren im Nasopharynx; er war verborgen unter einer starken Ablagerung von Kalksalzen. In der Chloroformnarkose wurde der sehr festhaftende Fremdkörper mit der Zange entfernt.

Middlemas Hunt (Liverpool): Ueber die Beziehung der fibrinösen Rhinitis zur Diphtherie.

Redner berichtet über drei Fälle, die das Bild fibrinöser Rhinitis darboten,

aber der Diphtherie so überaus nahe standen, dass eine Diagnose auf rein klinischem Boden kaum möglich war.

Fall 1. Ein Mediciner mit nasaler Verstopfung und wässrigem Ausfluss seit etwa 1 Woche. Bei der Untersuchung findet man beide Nasenseiten mit einer wohl ausgebildeten dicken, weissen Membran ausgekleidet; deren Fortnahme Blutung erzeugte. Constitutionelle Symptome fehlen! Die Diagnose wird auf fibrinöse Rhinitis gestellt. Später tritt auch im Halse Membranbildung auf und es folgt eine Lähmung, so dass der diphtheritische Charakter der Affection keinem Zweifel mehr unterliegt.

Fall 2. Kleines Mädchen mit denselben Symptomen und demselben Befunde wie in Fall 1; nur ist die Membran dünner und brüchiger. Fieber, Eiweiss im Urin und Drüsenschwellung fehlen. Die bakteriologische Untersuchung der Membran ergiebt nur Streptokokken und Staphylokokken.

Später aber erfuhr H., dass das Kind vor 1 oder 2 Monaten eine Mandelentzündung gehabt hat, der eine Lähmung folgte, und dass eine Reihe von anderen Kindern, die mit ihm in Berührung gekommen waren, sich auch mit Halsaffectionen gelegt haben.

Fall 3. Kleines Mädchen, das im Anschluss an eine Erkältung vor 8 Jahren mit nasaler Verstopfung und Ausfluss aus der linken Nase erkrankte. Halsweh wurde in diesen 8 Wochen nie geklagt. Bei der Untersuchung sah man eine frische Adhäsion zwischen dem vorderen Ende der linken unteren Muschel und dem Septum und hinter derselben einige membranöse Flecke. Drüsenschwellung war nicht zu constatiren, ebenso wenig Eiweiss oder eine Lähmung. Ein Dienstbote des Hauses hatte eine Halsaffection und wurde später an diphtheritischer Lähmung behandelt. Eine Woche nach der Erkrankung dieser Person starb ein Bruder des kleinen Mädchens an Croup.

Redner stellt folgende Schlusssätze auf: 1. Zwar ist zuzugeben, dass auch andere Bakterien ausser dem Diphtheriebacillus zu membranöser Exsudation in der Nase Anlass geben können, doch ist die grosse Mehrzahl aller Fälle von fibrinöser Rhinitis durch den Löffler'schen Bacillus bedingt. 2. Es ist unmöglich, auf klinische Zeichen allein fibrinöse Rhinitis und milde Nasendiphtherie zu unterscheiden. 3. Man sollte alle Fälle von fibrinöser Rhinitis als diphtheritisch ansehen, bis das Gegentheil durch zuverlässige bakteriologische Untersuchung erwiesen ist.

L. H. Pegler: Eine Operation zur Beseitigung der durch Fractur der Cartilago triangularis entstandenen Nasendeformität.

Es handelte sich um eine deprimirte und eingesunkene Cartilago triangularis, die zugleich mit den seitlichen Knorpeln von den Nasenbeinen abgelöst war. Im Innern der Nase sah man eine knorplige Spina nach der linken Seite hin vorragen und der dreieckige Knorpel schien in 2 laterale Stücke gespalten zu sein.

Redner beschreibt die Operation, die er vornahm, ausführlich. Er incidirte zuerst in der Mitte des Nasenrückens und fasste die Cartilago triangularis mit einem festen Drahte, der die beiden Theile derselben zusammenhielt, ohne indess die Schleimhaut zu erreichen. Der Knorpel konnte an dem Drahte jetzt in die

Höhe gehoben werden. Dann wurden die Nasenbeine von oben schräg nach unten und vorn mit der Säge abgelöst bis zur articulären Fläche des Knorpels und dieser richtig eingestellt. Durch ein Loch, das oberhalb der Sägefläche durch das Nasenbein gebohrt wurde, führte P. das eine Ende des Drahtes, mit dem die Cartilago triangularis gefasst worden war. Die Enden des Drahtes wurden vorsichtig und flach nach Reposition der Knochen und Knorpel über dem Nasenrücken vereinigt. — Bisher war das Resultat der Operation ein recht günstiges.

St. Clair Thomson (London): Nasale Hydrorrhoe.

Die Bezeichnung nasale Hydrorrhoe kann beibehalten werden, wenn man sie beschränkt auf die Fälle, bei denen eine profuse wässrige Secretion aus der Nase statt hat, ohne dass dieselbe durch intranasale oder benachbarte Reizung bedingt ist. Die Masse der entleerten Flüssigkeit wechselt von dem, was die Patienten als leichtes Fliessen der Nase bezeichnen, bis zu 300 und mehr ccm in 24 Stunden. Das klinische Bild der nasalen Hydrorrhoe hat viele Berührungspunkte mit dem sogen. Heufieber oder paroxysmaler Rhinitis; bei dieser aber bestehen Symptome intensiver localer Reizung, während bei jener der wässrige Ausfluss ein passiver und fast schmerzloser ist. Die Affection scheint dem erwachsenen Leben anzugehören und kommt bei beiden Geschlechtern vor. Der Fluss der Nase hat gewöhnlich aus beiden Seiten statt, aber er kann auf der einen Seite stärker ausgesprochen sein, als auf der andern. Die mit dem Secret dnrchnässten Taschentücher trocknen gewöhnlich steif. — Es ist sehr wichtig, diese Fälle von nasaler Hydrorrhoe von dem wirklichen Abfliessen cerebrospinaler Flüssigkeit durch die Nase zu unterscheiden und das Secret muss deshalb in jedem Falle sorgfältig untersucht werden.

Creswell Baber (Brighton) will die Bezeichnung Hydrorrhoea nasalis auf die Fälle beschränkt wissen, bei denen starke wässrige Secretion aus der Nase vorhanden ist, jedoch ohne Niesen, ohne Lichtscheu u. dergl. Der Ursprung des Ausflusses muss natürlich in jedem Falle festgestellt werden. B. hat einen Fall geheilt durch die Application des constanten Stroms auf beide Nasenseiten.

Middlemas Hunt (Liverpool) berichtet über einen interessanten Fall, den er bei einer Näherin beobachtet hat. Dieselbe litt an Anfällen von sehr profusem Nasenausfluss, welche vollständig schwanden, als die Patientin ihre Beschäftigung aufgab. Dabei war der Arbeitsraum gross, gut ventilirt und nicht besonders staubig, so dass als wahrscheinliche Ursache der niedere Gesundheitszustand der Patientin angesehen werden muss.

Mackenzie Johnston (Edinburgh) sieht ebenfalls bei gewissen milderen Formen von Hydrorrhoe die Ursache des Leidens in dem Allgemeinzustand der Kranken und hat auch die Allgemeintherapie nützlicher als die lokale gefunden.

Jobson Horne (London): Die Pathogenese und die klinischen Frühzeichen der Tuberkulose des Kehlkopfs.

Die ersten histologischen Veränderungen, die man gefunden hat, stehen mit den Drüsen in den Wänden des Morgagni'schen Ventrikels in Zusammenhang. Hier und da wird eine Proliferation des Parenchyms der Acini und der Ausfüh-

rungsgänge und die Bildung von Rundzellenhaufen beobachtet, welche die Gänge ausdehnen uud verstopfen und die Drüsen zur Obliteration bringen. In diesen Theilen ist auch das Vorkommen des Tuberkelbacillus demonstrirt worden. Es ist danach wahrscheinlich, dass die Bacillen, wenn sie einmal ihren Eintritt in die Drüsen durchgeführt haben, als Reiz wirken und die Zellproliferation hervorbringen. Der Ventrikel scheint für das Eindringen der Bacillen besonders geeignet zu sein. Die Entstehung der tuberculären Riesenzellen schildert H. folgendermaassen: Zuerst sieht man die Tuberkelbacillen innerhalb der Endothelzellen, welche die Wand des Lymphraums bekleiden, liegen. Dann theilen sich diese Zellen, die aneinanderliegenden Theilzellen verschmelzen und es bildet sich die Riesenzelle. Weitere Veränderungen greifen nun in den Geweben Platz; man constatirt frühzeitig eine Wucherung der subepithelialen Blutgefässe und gewisse Veränderungen an den Muskelfasern. — Von Interesse ist der Beginn des Processes an dem Drüsenapparat. Es ist danach anzunehmen, dass die Theile, die reich an Drüsen sind, zur Infiltration und Ulceration besonders neigen. Die klinische Erfahrung bestätigt diese Voraussetzung. Die Regio interarytaenoidea, das hintere Drittel des wahren Stimmbandes, das Taschenband und die Epiglottis sind besonders mit Drüsen versorgt und hier finden sich auch gewöhnlich die Ulcerationen bei Kehlkopftuberculose; der grössere Theil der Stimmbänder, der drüsenfrei ist, entgeht meist der Ulceration.

Der zweite Theil des Vortrags, der sich mit den Frühsymptomen der Larynxphthise befasst, basirt auf einer Untersuchung von 359 Kehlköpfen von Personen, deren Lungen als erkrankt erwiesen oder verdächtig waren. Eine Störung der Sensibilität wurde häufig constatirt. Nicht selten war eine Verringerung der Sensibilität mit Anaemie einhergehend und je blasser der weiche Gaumen war, um so grösser schien die Toloranz für den Kehlkopfspiegel zu sein. Wenn im Verlauf der Erkrankung die Anaemie schwand, ging mit ihr oft auch diese Toleranz verloren. Anaemie der laryngealen Schleimhaut war bei 157 von den 359 Patienten vorhanden; bisweilen erstreckte sich dieselbe über die gesammte Schleimhaut, in andern Fällen trat sie fleckweise auf. Hyperämie dagegen wurde 117 mal unter den 359 Fällen notirt und zwar viel häufiger bei Männern, als Frauen. Sie kam als vorübergehende oder als persistente Röthung zu Gesicht, steigerte sich aber in keinem Falle zu acuter Laryngitis. Dieselbe ist mit der oben erwähnten Proliferation der subepithelialen Blutgefässe in Zusammenhang zu bringen. Vorübergehendes Oedem der Kehlkopfschleimhaut, vornehmlich an den Aryknorpeln und in der Regio interarytaenoidea, an den falschen Stimmbändern und an der Basis der Epiglottis verändert öfters die normalen Contouren des Kehlkopfes; besonders geht die Symmetrie der Aryknorpel verloren. Störungen der Stimmfunction trifft man überaus häufig an, wenn es sich bisweilen auch nur um eine vorübergehende Schwäche der Stimme oder Tonverlust handelt. In manchen Fällen wird über Dysphonie geklagt. Es kommt vor, dass die Sprechstimme schwach, die Singstimme aber ganz klar ist. Der plötzliche Verlust der letzteren führt bisweilen den Patienten zum ersten Male zum Arzte. Man vergesse nie, in solchen Fällen an beginnende Kehlkopftuberlose zu denken. Schwächung der Stimmbandbewegung, nicht Lähmung, kommt vor; Redn. bezieht sie auf die oben erwähnten Veränderungen der Muskeln. In allen

Fällen von sogen. hysterischer Aphonie sollte die Brust sorgsam auf Tuberkulose untersucht werden.

Dr. Logan Turner (Edinburgh),
Secretär der Section.

IV. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolutionen der Wiener laryngologischen Gesellschaft und der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

Da die Laryngologie ein wohlabgegrenzter, selbstständiger Zweig der practischen Medicin ist, da für dieselbe an den meisten Uuiversitäten entweder systemisirte Kliniken oder Polikliniken bestehen, deren Vorstände Professoren oder Docenten sind, da die Leistungen der Laryngologen allgemein anerkannt werden, da endlich die Theilnahme an den Verhandlungen der laryngologischen Section bei den internationalen medicinischen Congressen und bei ähnlichen Versammlungen sehr lebhaft war, und ihre Ergebnisse nicht blos fördernd auf diese Disciplin, sondern auch vielfach anregend auf andere wirkten, fasst die Wiener laryngologische Gesellschaft folgende Resolution:

Der Laryngologie gebührt bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen die Stellung einer vollen und unabhängigen Section.

Prof. O. Chiari, Vice-Präsident. Dr. Ed. Ronsburger, Secretär. Dr. H. Koschier, Privatdocent für Laryngologie an der Wiener Universität. Dr. Grossmann, Docent an der Wiener Universität. Dr. Weil. Dr. Bienenstock. Dr. Ebstein. Dr. L. Réthi, Docent. Dr. Gottfried Scheff. Dr. Wilh. Roth, Docent. Dr. Carl Müller. Dr. Biehl. Dr. Rischawy. Dr. Otto Tolla. Dr. Läufer. Dr. Hanszel. Dr. Goldschmidt. Prof. Dr. Clar. Dr. Carl Scheuer. Dr. Johann Fein.

Die Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte hat in ihrer VIII. ordentl. Sitzung vom 15. November 1899 die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten betreffend einstimmig beschlossen:

Dass die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbstständigen und unabhängigen vollen Section für jede der beiden Specialitäten auch fernerhin erhalten bleiben, behufs Discussion von einzelnen Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse jedoch nach Bedürfniss auch gemeinschaftliche Sitzungen veranstaltet werden sollen.

Anwesend waren die folgenden Herren: Laryngologen: Baumgarten, Donogány, Groák, Irsai, v. Lénárt, Morelli, v. Navratil, Onodi, Polyák, Zwillinger. Otologen: Krepuska, Lichtenberg, Szenes.

Budapest, den 25. November 1899.

Prof. Dr. v. Navratil, Präsident. Dr. L. Polyak, Secretär.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Februar. 1900. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **B. J. Church. Die Otologie und Laryngologie bis heute. (Otology and Laryngology up to date.)** *Southern California Medical Practitioner. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

2) **E. W. Walker. Kiemengangscyste, bei einem 18 Tage alten Kinde entfernt. (Branchial cyst removed from a child eighteen days old.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. Juni 1899.*

Die branchiogene Cyste dehnte sich vom Mastoidfortsatz bis zur Symphyse des Kinns aus und erzeugte starke Dyspnoe. Die Operation brachte vollständige Heilung.

EMIL MAYER.

3) **Rille. Luetische Lymphdrüsenschwellung am Halse mit Vereiterung.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 27. 1899.*

R. meint, dass, wo bei einem jungen Manne Drüsenschwellungen — auch in Suppuration — am Halse zu finden sind, wenn andere ätiologische Momente sich ausschliessen lassen, die Syphilis ätiologisch betheiligt sei. — Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen auch um scrophulöse Diathese.

CHIARI.

4) **Schlesinger. Hysterische Lähmung der Halsmuskulatur.** Wiener medicin. Clubsitzung vom 26. April 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1899.*

Bei einem 15jährigen Mädchen setzte plötzlich ohne Veranlassung eine Lähmung der Halsmuskulatur ein und manifestirte sich in der Weise, dass die Patientin, wenn sie den Kopf nach rückwärts gebracht hatte, ihn activ nicht nach vorne bringen konnte und zu diesem Zwecke mit der Hand in den Mund fuhr und

den Kopf am Unterkiefer nach vorne zog. Wird die Aufmerksamkeit der Patientin abgelenkt, so erfolgt die Kopfbewegung in normaler Weise. CHIARI.

5) **Silberstein** (Blankenhain). **Parotitis als Complication der croupösen Pneumonie.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 10. 1899.*

Bei einem 36jährigen Manne, der an Pneumonie erkrankt war, trat am zweiten Tage nach der Krisis von Neuem Schüttelfrost und Fieber auf mit heftigen Schmerzen der linken Gesichtshälfte. Es ergab sich, dass eine eitrige Parotitis sich entwickelte, welche am 5. Tage zur Incision kam. Im Eiter wurden Pneumokokken gefunden. Am 18. Tage nach Beginn der ganzen Erkrankung zeigte sich auch eine Parotitis der rechten Seite, die ebenfalls incidirt wurde, und wie die linksseitige rasch zur Heilung kam. SEIFERT.

6) **Apert. Bleihypertrophie der Parotiden. (Hypertrophie saturnine des parotides.)** *Soc. anatomique. 28. April 1899.*

Die Drüse war fast doppelt so schwer als normal. Die histologische Untersuchung ergab eine einfache Hypertrophie mit chronischem Catarrh der Ausführungsgänge und Vermehrung, Abstossung und Abschuppung ihrer Epithelialzellen.

PAUL RAUGÉ.

7) **Morestin. Hydatidencyste der Parotis. (Kyste hydatique de la parotide.)** *Soc. anatomique. 10. Februar 1899.*

M. demonstrirt die Geschwulst, die er bei einer 50jährigen Frau aus der Parotisgegend entfernt hat. Der Tumor war für eine Mischgeschwulst angesehen worden; die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Hydatidencyste handelte. PAUL RAUGÉ.

8) **Goller** (Hagen). **Ueber einen Fall von congenitalem reinem Sarcom der Parotis.** Dissert. Würzburg 1898.

Bei einem 4 Monate alten Mädchen wurden gleich nach der Geburt vor dem rechten Ohre zwei stecknadelkopfgrosse rothe Flecken bemerkt, die rasch wuchsen und bei der Aufnahme in die Bockenheimer'sche Klinik zu einer 2markstückgrossen Geschwulst sich entwickelt hatten, welche zur Excision kam. Heilung glatt. Die wallnussgrosse, leicht höckrige Geschwulst erwies sich bei der histologischen Untersuchung als Sarcoma teleangiectodes pigmentatum. SEIFERT.

9) **J. Beard. Die wahre Function der Thymus. (The true function of the thymus.)** *Lancet. 21. Januar 1899.*

Eine interessante Uebersicht über die verschiedenen Theorien betreffs der Function der Thymus. Dieselbe ist als Quelle aller lymphoiden Gewebe im Körper anzusehen. ADOLPH BRONNER.

10) **König. Hypertrophie der Thymus. (Hypertrophy of the thymus.)** *Medical Times and Register. Juni 1899.*

Bei einem an Dyspnoe leidenden Kinde fand K. nach Durchtrennung der

Halsfascie die Thymus in einer Ausdehnung von 3—4 cm auf die Trachea drückend. Beim Emporheben der Thymus verschwand die Dyspnoe. K. trug ein 3—4 cm langes und 2 cm breites Stück der Thymus ab, wodurch vollständige Heilung erzielt wurde.

EMIL MAYER.

11) **Bryan u. Walsh. Lymphatische Diathese. (Lymphatic diathesis.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 1. Juli 1899.*

Plötzlicher Tod eines 3 Wochen alten Kindes. Die Section ergab eine Vergrösserung der Thymus, welche die grossen Gefässe des Halses bedeckte und nach unten bis zum Herzen reichte. Die Drüse wog 28,33 g. — Die Lymphfollikel waren allgemein vermehrt, die Tonsillen vergrössert.

EMIL MAYER.

12) **M. Lange. Ein Fall von säbelscheidenartiger Compression der Trachea durch die hypertrophische Thymusdrüse. (A case of scabbard-like compression of the trachea by hypertrophied thymus gland.)** *American Journal of the Med. Sciences. Juli 1899.*

4 Monate altes Kind starb in einem Anfalle von Glottiskrämpfen. Die Section ergab den oben beschriebenen Befund.

EMIL MAYER.

13) **Langfred Symes. Soor. (On thrush.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Der Pilzrasen wird abgewischt und Borax in Glycerin oder eine schwache Carbolsäurelösung applicirt.

EMIL MAYER.

14) **P. Katschanowski. Die Behandlung des Lupus durch Bestreuung mit hypermangansaurem Kali. (O letschenii woltschanki prisipkoju margantsowisto kislawo kaliji.)** *Letopis rus. Chirurg. B. 3. 1899.*

Hypermangansaures Kali zerstört das Granulationsgewebe, ohne das gesunde anzugreifen. Dies brachte K. auf den Gedanken es bei Lupus zu versuchen. Bisher hat er 35 Fälle von Lupus aller Art auf diese Weise mit gleich gutem Erfolg behandelt. Er applicirt eine 2—4 mm dicke Schicht der reinen Substanz auf die Geschwürsfläche und darüber einen Watteverband. Es erfolgt eine Necrotisirung des Krankhaften, Abstossung und nachfolgende gesunde Granulation. Gewöhnlich genügt einmalige Bestreuung.

Verf. beschreibt 7 Fälle des Näheren, welche alle mehrere Jahre beobachtet sind. Die Heilung erfolgte in 1—3 Monaten.

P. HELLAT.

15) **Bresgen** (Wiesbaden). **Die Rückwirkungen des Schneuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, sowie deren Regelung durch die Krankenpflege.** *Zeitschr. f. Krankenpflege. 7. 1899.*

Nach einer kurzen Besprechung der Rückwirkungen des Schneuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, weist Br. die Krankenpfleger an, wie für Hals- und Nasenkranke das Krankenzimmer beschaffen sein muss, wie man Nasen- und Halskranken verschiedene Beschwerden erleichtern kann.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Schwartz** (Rostock). **Ueber die Beziehungen zwischen Schädelform, Gaumenwölbung und Hyperplasie der Rachenmandel.** *Zeitschr. f. Ohrenh. 30.*

Messungen an 161 Schädeln der Rostocker Anatomie ergaben Sch. im Gegensatz zu der Lehre Siebenmann's, dass Schädelform und Gaumenform von einander unabhängig sind. — Unter 52 Patienten von Koerner's poliklinischer und privater Clientel, die mit adenoiden Vegetationen behaftet waren, fanden sich Mesocephale 4, Brachycephale 23, Hyperbrachycephale 22, Ultrabrachycephale 3. Damit ist die Ansicht von Moriz Schmidt widerlegt, dass adenoide Vegetationen vorzüglich bei Dolichocephalen vorkämen. ZARNIKO.

17) **Hagedorn** (Hamburg). **Der sogenannte adenoide Habitus.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 17. 1899.*

Kurze Beschreibung dessen, was man unter adenoidem Habitus versteht.

SEIFERT.

18) **Howard S. Straight. Einige nicht allgemein gewürdigte Punkte betreffend die adenoiden Wucherungen. (Facts not generally appreciated concerning adenoid growths.)** *Cleveland Journal of Medicine. Januar 1899.*

Nichts Besonderes. EMIL MAYER.

19) **Hopmann** (Cöln). **Die adenoiden Tumoren als Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes und in ihren Beziehungen zum übrigen Körper.** *Bresgen's Sammlung. Heft 5 u. 6.*

Verf. betont mit Nachdruck, dass die adenoiden Vegetationen in den allerseltensten Fällen für sich beständen, dass vielmehr gewöhnlich Hyperplasien der anderen Theile des lymphatischen Schlundrings vorhanden seien, die man weder für die Pathologie noch für die Therapie des Gesammtleidens vernachlässigen dürfe. — Die Gaumenmandeln sollen in der Norm bei einfacher Inspection nicht sichtbar sein; sind sie es, so sind sie pathologisch vergrössert und das ist nach den Aufzeichnungen des Verf.'s bei $^4/_5$ der mit Wucherungen behafteten der Fall. Seltener als die Gaumenmandeln finden sich die Lymphfollikel der Rachenwand, am seltensten die Zungentonsille vergrössert. — Die Vergrösserung der Rachenmandel tritt in zwei Formen in die Erscheinung: 1. als compacter Tumor, 2. als Conglomerat von Kolben und Zapfen (wie das schon Schäffer richtig geschildert hat. Ref.). Auch können die folliculären Einlagerungen der Rosenmüllerschen Gruben und der Tubenschleimhaut participiren. — Die sog. physiologische Involution der Wucherungen (B. Fränkel) will Verf. nicht gelten lassen, er glaubt vielmehr, dass es sich um eine Vermehrung des Bindegewebes (nach Art der Lebercirrhose) handle, die nach Untergang der folliculären Theile eintrete und die eine ganze Reihe besonderer Beschwerden mit sich führe. — An eine eingehende Schilderung der Krankheitssymptome schliessen sich Bemerkungen über Vorkommen und Ursachen. Verf. sieht die lymphatische Constitution als eines

der Degenerationszeichen des männlichen Geschlechts an. Endlich schildert Verf. die von ihm geübte Art der Operation, die zum Ziel hat, alle Abnormitäten möglichst in einer Sitzung zu beseitigen. In der Regel ist die Narkose erforderlich. Sie ist bei richtiger Ausübung ungefärlich (unter 1100 Narkosen 1 Todesfall bei einem sehr schwächlichen Kinde, vermuthlich auf Unreinheit des Chloroforms zurückzuführen). Zunächst werden die Gaumenmandeln wenn nöthig mit der Hakenzange hervorgezogen und mit der Cooper'schen Scheere ausgeschält. Danach zieht Verf. das Gaumensegel mit einem durch die Nase eingeführten über die Lippe geknoteten Gummischlauch nach vorn und exstirpirt dann zunächst mit dem Gottstein'schen Messer und sodann mit einer Zange unter Controle des Fingers alles überflüssige adenoide Gewebe. Finden sich die Athmung hindernde Irregularitäten in der Nase, so werden auch diese in derselben Narkose beseitigt. Verf. hat im Gegensatz zu anderen Operateuren mit dieser Zusammendrängung einer Reihe doch recht eingreifender Operationen in eine Sitzung sehr günstige Erfahrungen gemacht. — In einem Anhange giebt Verf. zum Schluss einen historischen Rückblick auf die Operation der adenoiden Tumoren. — Die vorstehenden kurzen Notizen mögen zum eingehenden Studium der Schrift auffordern, die in jeder Zeile die sorgfältige Beobachtung, die originelle Verarbeitung und vollkommene Beherrschung des Stoffes zeigt, die wir bei dem Verf. gewohnt sind.

ZARNIKO.

20) **Jessen** (Hamburg). **Zur Therapie und Aetiologie der Halslymphome.** *Centralbl. f. innere Med. 35. 1899.*

Für die Entstehung der Halslymphome der Kinder kommt fast immer die Rachentonsille in Betracht; in zweiter Linie stehen die Gaumentonsillen und weiterhin cariöse Zähne als Eingangspforten für die Schwellung und wenn es sich um Tuberculose handelt, Verkäsung der Halslymphdrüsen. Also Entfernung der adenoiden Vegetationen.

SEIFERT.

21) **Courtade** (Paris). **Wahre und lymphatische Adenoide. (Adénoidiens vrais et adénoidiens lymphatiques.)** *Société de Therapeutique. 26. Januar 1899.*

Verf. nimmt in etwas abgeschwächter Form die vor einiger Zeit von Gallois vorgebrachte Idee wieder auf. Neben den echten Adenoiden ohne Drüsenschwellung giebt es solche, die alle Zeichen der Scrophulose darbieten. Alles, was man daraus schliessen kann, ist, dass scrophulöse Individuen besondere Disposition zur Hypertrophie der lymphoiden Gewebe haben.

Gouguenheim bekämpft mit Recht die von Gallois erstrebte Vermengung von Adenoiden und Scrophulose. Beide Affectionen sind absolut verschieden, wie er durch Darstellung ihrer klinischen Erscheinungsformen klar erweist.

PAUL RAUGÉ.

22) **Leon Lewin. Ueber Tuberkulose der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 377. 1899.*

Verf. hat die Frage der Tuberkulose der Rachenmandel klinisch und histologisch an einem grösseren Material (Gruppe I.: 200 Fälle von Adenoiden, Gruppe II.: 25 Phthisiker umfassend) studirt. Seine sehr ausführliche Arbeit schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Nach unseren Erfahrungen bergen in etwa 5 pCt. der Fälle hyperplastische Rachenmandeln tuberkulöse Herde.

2. Die Tuberkulose entspricht in ihrem Wesen der sogen. Tumor-Form der Schleimhauttuberkulose; sie ist durch die Abwesenheit aller äusserlich erkennbarer Merkmale charakterisirt — „latente" Tuberkulose der Mandeln.

3. Diese „latente" Tuberkulose kann wahrscheinlich die erste und ausschliessliche Localisation der Tuberkulose in dem betreffenden Körper darstellen.

4. Sie ist aber gewöhnlich mit anderweitiger Tuberkulose insbesondere der Lungen, wenn diese auch zur Zeit der Operation oft noch nicht manifest ist, combinirt.

5. Sie ist ein verhältnissmässig häufiger Befund bei Lungentuberkulose.

6. Sie kann ebensowohl normal grosse, als hyperplastische Rachenmandeln befallen. Ob sie selbst die Hyperplasie, etwa durch Toxinwirkung, auslöst, ist zweifelhaft. Sie kann aber jedenfalls die physiologische Involution der Rachenmandel aufhalten.

7. Sie spielt in der Aetiologie der Rachenmandel-Hyperplasie nur eine relativ unerhebliche Rolle.

8. Sie kann durch Elimination der Rachenmandel, auch bei gleichzeitiger Lungentuberkulose, definitiv beseitigt werden.

F. KLEMPERER.

23) **Redact. Notiz. Ueber Aetiologie und Verhütung der Adenoiden bei Kindern. (On the etiology and prevention of adenoids in children.)** *Pediatrics. 15. August 1899.*

Der Verf. ist der Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen den Adenoiden und der Tuberkulose besteht. Die Verhütung der Adenoiden deckt sich daher im Allgemeinen mit der Prophylaxe der Tuberkulose.

EMIL MAYER.

24) **Pifft. Hyperplasie und Tuberkulose der Rachenmandel.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 28. April 1899. *Wiener klinische Wochenschrift. No. 39. 1899.*

Unter 100 mikroskopisch untersuchten Adenoid-Vegetationen fand P. in drei Fällen Tuberkulose. — P. macht darauf aufmerksam, dass bei Tuberkulose der Rachenmandel häufig starke Drüsenschwellung am Halse vorkommt. — Die Infection erfolgt durch den Inspirationsluftstrom. — Gründliche Exstirpation ist streng indicirt.

CHIARI.

25) **Moure** (Bordeaux). **Die Entzündungen der III. Tonsille bei Erwachsenen. (Les adenoidites chez les adultes.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. VI. Sect. XII.*

Der Autor, dessen Arbeiten auf diesem Gebiete zu den ersten gehören, giebt in kurzen Zügen das Bild der acuten Entzündung der Luschka'schen Drüse. Dasselbe ist leider recht wenig charakteristisch und eine exacte Diagnose dürfte doch nur durch die hintere Rhinoskopie möglich sein.

P. HELLAT.

26) **H. Cuvillier** (Paris). **Eine Studie über adenoide Vegetationen im Verlaufe des ersten Lebensjahres. (Etude sur les végétations adénoides pendant la**

premiere année de l'enfance.) *Comptes rendus des XII. internation. Congress. Bd. III. S. VI.*

C. findet, dass die literarischen Angaben über die Häufigkeit der Adenoiden bei Säuglingen nicht das richtige Verhältniss wiedergeben. Er hat persönlich 64 Fälle beobachtet und findet, dass das Bild der Krankheit für dieses Alter charakteristisch ist. Es zeigen sich: 1. Störungen von Seiten der Respiration; 2. von Seiten der Ernährung. Beide wirken zusammen, um eine charakteristische Cachexie hervorzurufen, die „Cachexie adénoïdienne".

Die Diagnose wird auf Grundlage dieser Symptome mittelst digitaler Untersuchung gemacht.

Für die Therapie wird Einträufelung in die Nase von Menthol- oder Resorcinöl empfohlen; lässt diese Behandlung im Stich, so soll man vor der operativen Entfernung nicht zurückschrecken.

Bezüglich der Häufigkeit der Vergrösserung der III. Tonsille bei Säuglingen kann Ref. die Angaben von C. nur bestätigen. Ref. hat im St. Petersburger Findelhause über 100 Kinderleichen untersucht und in etwa 36 pCt. ein Hervortreten der Luschka'schen Tonsille beobachtet. Unter ihnen waren Fälle, welche man als wirkliche Wucherungen ansprechen konnte. Ref. hat derartige Präparate im Verein St. Petersburger Aerzte demonstrirt. Wenn aber C. behauptet, dass die digitale Untersuchung in diesem Alter gelänge, so kann Ref. dem nicht beistimmen; er konnte, trotzdem seine Finger nicht von besonderem Umfang sind, weder an Leichen noch bei den lebenden Kindern bis zu einem Jahre durch den Isthmus durchkommen.

P. HELLAT.

27) **Thomas. Adenoide beim Neugeborenen. (Végétations adénoides chez les nouveaux-nés.)** *Marseille Medical. 1. Februar 1899.*

Bericht über 3 Fälle. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

28) **T. H. Blanks. Adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. (Adenoid vegetations in the vault of the pharynx.)** *Alabama Med. and Surg. Age. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Eine grosse postnasale Adenoidgeschwulst entfernt bei einer 33jährigen Frau. (A large mass of postnasal adenoids removed from a woman aged 33 years.)** *Australasian Med. Gazette. 20. April 1899.*

Die 3 g schwere Geschwulstmasse wurde mit der grössten Gottstein-Beckmann'schen Curette entfernt. Unter den Symptomen, welche dieselbe producirt hatte, war zunehmende Taubheit. Das Gehör besserte sich nach der Operation.

A. J. BRADY.

30) **N. Rimscha. Adenoide Vegetationen.** Ges. prakt. Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Demonstration adenoider Vegetationen, die sich durch besondere Grösse auszeichnen.

P. HELLAT.

31) **Engelmann** (Hamburg). **Adenoide Vegetationen.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1899. Vereinsbeil. No. 1.*

10jähr. Kind mit adenoiden Vegetationen, die beiderseits hinter der Uvula hervorragen. Trotzdem ist die Athmung nicht behindert. Verf. wird die Wucherung operiren, obwohl er für gewöhnlich eine conservative Behandlung bevorzugt.

ZARNIKO.

32) **Machol** (Hemer i. Westfalen). **Ein von der Rachentonsille ausgehender Fall von Septicämie.** *Deutsche med. Wochenschr. 10. 1899.*

Nach der Beschreibung war es nicht die Rachentonsille sondern die rechte Gaumenmandel, von der sich eine sehr schwere, zudem noch durch ein Gesichtserysipel complicirte Pyämie entwickelte, an der der Patient zu Grunde ging. Leider keine Section.

ZARNIKO.

33) **Francis. Die Versatilität der adenoiden Vegetationen. (The versatility of adenoid vegetations.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

F. berichtet über 4 Fälle von Petit mal, die durch Entfernung der Adenoiden geheilt wurden. Viele Fälle von Krämpfen bei Kindern sind durch Adenoide bedingt und auch die Enuresis nocturna ist öfters durch Operation derselben heilbar. F. betont aber, dass die Operation nur gerechtfertigt ist, wenn von Seiten der Ohren oder allgemeine Symptome vorhanden sind.

EMIL MAYER.

34) **Boulai. Ein Fall von Kehlkopfkrampf verursacht durch adenoide Vegetationen. (A case of laryngeal spasm caused by adenoid vegetations.)** *Archives of Pediatrics. August 1899.*

Nach Beseitigung der Adenoiden war der Kehlkopfkrampf unmittelbar verschwunden.

EMIL MAYER.

35) **O. L. Smith. Postnasale Adenoidgeschwülste. (Postnasal adenoids.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Verf. glaubt, dass in allen Fällen von gewöhnlichem Croup eine Hyperplasie der Rachentonsille besteht.

EMIL MAYER.

36) **H. Coppez. Folliculäre Conjunctivitis und adenoide Geschwülste. (Conjonctivite folliculaire et vegetations adénoides.)** *Archives d'ophthalmologie. p. 11. 1899.*

C. theilt 2 Fälle von folliculärer Conjunctivitis mit, in denen das Augenleiden mit Adenoiden in ursächlichem Zusammenhang zu stehen schien; wenigstens führte die Operation dieser das Verschwinden der Conjunctivitis herbei.

A. CARTAZ.

37) **H. Bert Ellis. Die Hypertrophie der Rachentonsille und ihre Beziehung zu Ohrenkrankheiten. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil and its relation to ear troubles.)** *Southern California Practitioner. April 1899.*

Eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen.

EMIL MAYER.

38) **T. W. Murphy. Wucherungen im Rachen als Ursache eitriger Entzündung des Mittelohrs. (Pharyngeal growths as a cause of suppurative inflammation of the middle ear.)** *Philad. Med. Journal. 1. April 1899.*

M. ist der Meinung, dass, wenn man mehr Aufmerksamkeit der Beseitigung von Verstopfung des pharyngealen Endes der Eustachischen Tube zuwenden würde, dann mancher Ohrenausfluss ohne die Mastoidoperation verschwinden würde. EMIL MAYER.

39) **William C. Braislin. Ohrenleiden bei adenoiden Vegetationen des Nasenrachens. Eine Analyse von 110 Fällen. (Ear disease coexistent with adenoids of the naso-pharynx. An analysis of 110 cases.)** *Philad. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Die Entfernung der Adenoiden verbessert die Prognose der Ohrenerkrankung in hohem Maasse; die Behandlung der letzteren muss aber fortgesetzt werden, so lange pathologische Verhältnisse im Ohre vorhanden sind. EMIL MAYER.

40) **A. W. Calhoun. Adenoide Vegetationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Ohre. (Adenoid vegetations with special reference to their influence upon the ear.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 11. August 1899.*

Die Kinder der südlichen Klimen sind viel seltener mit Adenoiden behaftet, als die der nördlichen Länder. Bei Negerkindern hat C. niemals Adenoide gesehen. EMIL MAYER.

41) **S. Lüri. Quantitative und qualitative Untersuchung des Gehörs bei Kindern des schulpflichtigen Alters. (Katschestwennoje i kalitschestwennoje isledowanije slucha detei schkolnawo bosrasta.)** *Wratsch. 1899.*

L. fand bei seinen Untersuchungen an 300 Kindern: Vergrösserung der Gaumenmandeln in 4 pCt., der Rachenmandeln aber in 27,6 pCt. Bei $^1/_5$ dieser Kinder war das Gehör herabgesetzt. Die übrigen Angaben beziehen sich direct auf das Gehörorgan. P. HELLAT.

42) **A. C. Getchell. Adenoide Wucherungen und ihre Beziehungen zur Taubstummheit. (Adenoid growths; their relations to deafmutism.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Adenoide und vergrösserte Tonsillen sollen bei Taubstummen entfernt werden 1. wenn eine Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass dieselben zur Taubheit irgendwie beitragen; 2. wenn sie das Erlernen der gesprochenen Sprache erschweren; 3. wenn sie das Allgemeinbefinden in irgend einer Richtung beeinträchtigen. Bezüglich der beiden ersten Punkte muss die Prognose mit grosser Zurückhaltung gestellt werden. Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **Becigneul. Die Besserung Adenoider nach Diphtherieserum. (Amelioration remarquable dans deux cas de vegetations adenoides à la suite d'injections de serum antidiphtherique.) (The improvement of adenoids after administra-**

tion of diphtheria antitoxin.) *Gaz. med. de Nantes. 1. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 15. April 1899.*

7jähriges Kind wurde mit verdächtiger Angina ins Krankenhaus aufgenommen und erhielt Serum. Die Cultur ergab aber nur Staphylokokken, keine Diphtheriebacillen. In der nächsten Zeit nahmen die Adenoiden bei dem Kinde so erheblich ab, dass es gut durch die Nase athmete und die Operation, die vorher nöthig schien, nicht mehr erforderlich war.

Heurtaux machte ebenfalls einen Versuch mit dem Serum. Der Erfolg war gut. 10 ccm Serum wurden injicirt. 3 Wochen später waren die Adenoiden verschwunden und auch die Taubheit geheilt.

LEFFERTS.

44) **A. Castex. Adenoidgeschwülste. (Tumeurs adenoides.)** *Journ. des Practiciens. 17. Juni 1899.*

Eine klinische Vorlesung, in der Verf. die Symptomatologie der Adenoiden und ihre Complicationen, die Indicationen der Operation und ihre Resultate bespricht.

A. CARTAZ.

45) **Carl E. Munger. Lymphoide Hypertrophie des Rachengewölbes. (Lymphoid hypertrophies of the pharyngeal vault.)** *Yale Med. Journal. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

46) **Edward Pynchon. Adenoide des Nasenrachens. (Pharyngeal adenoids.)** *Medical Monographs. Februar 1899.*

Verf. unterscheidet zwei Formen von adenoidem Gewebe, das eine sehr gefässreich und reich an Lymphfollikeln, das andere fester, bindegewebsreicher, röthlich gefärbt, von glatter Oberfläche, aber unregelmässiger Form.

Verf. operirt am sitzenden Patienten unter Bromäthylnarkose mit einer von ihm selbst construirten Curette. Müssen ausser den Adenoiden auch beide Tonsillen entfernt werden, so zieht er Aether- oder Chloroformnarkose vor. Für die letztere hält er die von Trendelenburg angegebene Position für das sicherste. Die Tonsillen werden zuerst entfernt, darauf die Adenoiden mittelst der Gradleschen Zange und der Curette.

EMIL MAYER.

47) **Carle Lee Felt. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Memphis Lancet. April 1899.*

Verf. macht die allgemeinen Praktiker auf die Bedeutung der Adenoiden aufmerksam.

EMIL MAYER.

48) **Hagedorn** (Hamburg). **Ueber den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 2. 1899.*

Die Indicationen für die Operation der adenoiden Vegetationen sind nach H. folgende: 1. wenn die Nasenathmung nicht vollkommen vorhanden ist, 2. wenn häufige Halsentzündungen vorgekommen sind, 3. wenn Störungen des Gehirns eingetreten sind, 4. wenn nervöse Erscheinungen, wie Krampfhusten, Enuresis nocturna, Kopfschmerz, Aprosexie sich einstellen.

SEIFERT.

49) **Robert H. M. Dawbarn. Falsche Tonsillen. (False tonsils.)** *The Philad. Medical Journal. 8. Juli 1899.*

Das Saugen am Finger soll nach D. begünstigt werden, da es die natürliche Function der Athmung durch die Nase fördert.

D. operirt unter Chloroform und am hängenden Kopfe. EMIL MAYER.

50) **Richmond Mc Kinney. Chronische Hypertrophie der Rachentonsille (Adenoide) bei Kindern. (Chronic hypertrophy of the pharyngeal tonsil [Adenoids] in children.)** *Memphis Med. Monthly. April 1899.*

Allgemeine Uebersicht über den Gegenstand. Verf. operirt unter Chloroform mit dem Gottstein'schen Ringmesser. EMIL MAYER.

51) **R. F. Ryland. Entfernung der Adenoiden in der Kindheit. (Removal of adenoids in infancy.)** *Lancet. 25. März 1899.*

Kind von 14 Monaten mit Adenoiden; dieselben wurden mit der Thompson-schen Zange entfernt. Das Kind hatte feste Nahrung verweigert.

ADOLPH BRONNER.

52) **James B. Ball. Indicationen für die Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Indications for operation in adenoid disease of the nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Februar 1899.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

53) **J. O. Reynolds. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Keine Narkose. Mundknebel und Zeigefinger sind die geeignetsten Instrumente. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **A. Hartmann** (Berlin). **Die Operation adenoider Wucherungen unter directer Beleuchtung.** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. VI. S. XII.*

H. operirt, indem er nach Lindt den Gaumen nach vorne zieht unter directer Beleuchtung mit seiner geraden Zange. H. war überrascht, wie leicht und einfach sich die Operation bei dieser Beleuchtung vollführen liess. Referent hat es leichter gefunden unter Spiegelbeleuchtung, als bei der Lindt'schen Methode die Adenoiden zu entfernen. P. HELLAT.

55) **Emil Mayer. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Nach der Operation soll der Patient stets 24 Stunden im Bett und unter Beobachtung bleiben. Niemals soll operirt werden, solange eine entzündliche Erkrankung des Halses besteht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Menière** (Paris). **Die Operation adenoider Vegetationen. (Opération des végétations adénoides.)** *Académie de Médecine. 25. Juli 1899.*

M.'s Statistik umfasst 3700 Operationen. Niemals erlebte er ernstere Zufälle nach dem Eingriff.

M. operirt stets ohne Narkose. Sind die adenoiden Massen umfangreich, so operirt er in 2 Phasen, erst mit der Zange, dann mit der Curette.

PAUL RAUGÉ.

57) **Thomas. Die Entfernung der Adenoiden in der Kindheit. (The removal of adenoids in infancy.)** *Maryland Med. Journal. 25. März 1899.*

Mit speciell construirten nach oben und hinten gerichteten Zangen entfernt Th. das adenoide Gewebe stückweise. Zur completen Exstirpation sind drei Sitzungen erforderlich mit je 1 Woche Pause.

EMIL MAYER.

58) **Eugene S. Yonge. Die Behandlung hypertrophirter Mandeln und adenoider Vegetationen. (The treatment of hypertrophied tonsils and postnasal adenoids.)** *Medical Brief. April 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899.*

Blutung nach der Tonsillotomie ist selten und kommt gewöhnlich nur bei Erwachsenen vor. Ist die Blutung arteriell, so fasse man die Arterie und drehe sie ab; handelt es sich um eine Flächenblutung, so applicire man ein Stück zur Rothgluth erhitztes Eisen. Geschieht die Exstirpation der Adenoiden unter Narkose, so operire man am hängenden Kopf. Zuerst werden die Tonsillen, nach ihnen die Adenoiden exstirpirt.

EMIL MAYER.

59) **J. Holinger. Die Technik der Operation der Adenoiden. (The technic of adenoid operations.)** *Chicago Med. Recorder. März 1899.*

Der Operateur hält den Kopf des sitzenden und mit Bromäthyl narkotisirten Patienten unter seinem linken Arm, führt den Mundsperrer ein, geht dann mit der Gottstein'schen Curette ein und entfernt die Adenoiden, indem er das Kinn des Patienten nach unten drückt.

EMIL MAYER.

60) **Rosenbach** (Göttingen). **Ueber die Operation der Rachentonsille.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. No. 22.*

Da R. die sonst gebräuchlichen Instrumente zur Entfernung der Rachenmandel nicht genügen (woran die Instrumente sicherlich nicht Schuld sind. Ref.), so übt er folgendes bemerkenswerthe Verfahren: Er schiebt „in eine von den Nasenlöchern aus eingeführte Zange mit dem im Nasenrachenraum befindlichen Zeigefinger der linken Hand das Gewebe der Mandel hinein und reisst es ab. Die Operation erfordert die Narkose unbedingt, gewährt aber die Sicherheit, dass die Mandel während des Operirens, wenn auch Stück für Stück, so doch vollständig entfernt wird". (Die armen Patienten! Ref.)

ZARNIKO.

61) **Barth** (Brieg). **Zur Technik der Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums und des peritonsillären Abscesses der Gaumenmandeln.** *Deutsche med. Wochenschr. 14. 1899. Laryngoscope. Juli 1899.*

Bei der Operation der adenoiden Vegetation kommt es vor, dass ein Stück nicht vollkommen abgetrennt wird, sondern in den Mesopharynx herabhängt. Solche Stücke schneidet Verf. mit dem Hartmann'schen Conchotom ab. Peritonsilläre Abscesse mit zweifelhaftem Sitz eruirt Verf. durch Aspiration mit der

Punctionsspritze, macht darauf eine oberflächliche Incision und dringt von hier aus mit der geschlossenen Kornzange stumpf in die Tiefe, so einen genügend weiten Abflusscanal formirend.

ZARNIKO.

62) **D. Bryson Delavan. Die gegenwärtigen Methoden der operativen Behandlung adenoider Wucherungen im Rachen. (Present methods for the operative treatment of pharyngeal adenoids.)** *Archives of Pediatrics. Juli 1899.*

Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Um ideale Verhältnisse für die Operation zu schaffen, soll der Patient in einem Zustand vollständiger Anästhesie sein.

2. Für die möglichst gründliche Entfernung der Wucherungen ist die stumpfe Zange das geeignetste Instrument, das wir haben.

3. Die Operation der Adenoiden erfordert ein erhebliches Wissen, Erfahrung und Geschicklichkeit.

EMIL MAYER.

63) **B. Hewetson. Verbesserte Curette für Adenoide. (Improved adenoid scrape.)**

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes, das ein ringförmiges Ende, ähnlich dem Gottstein'schen Messer, hat. Dasselbe ist von Reynolds und Branson angefertigt.

ADOLPH BRONNER.

64) **Urban G. Hitchcock. Das Wilhelm Meyer'sche Ringmesser bei lymphoider Hypertrophie. (The Wilhelm Meyer ring-knife in lymphoid hypertrophy.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Das von W. Meyer angegebene Ringmesser erscheint H. noch heute das beste Instrument, das am gründlichsten die Wucherungen entfernt. Der eingeführte Zeigefinger gewährt einen guten Schutz für die hintere Kante des Septums und die Vorsprünge der Eustachischen Tuben.

EMIL MAYER.

65) **J. H. Woodward. Eine neue Zange für Adenoide. (Another adenoid forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, das von älteren Mustern in keinem wesentlichen Punkte abweicht.

LEFFERTS.

66) **Gradle. Adenoidwucherungen im Rachen. (Adenoid growths in the pharynx.)** *Chicago Medical Recorder. Juni 1899.*

G. empfiehlt ein neues Instrument, das ähnlich dem Schuetz'schen Adenotom arbeitet. Allgemeine Narkose hält er zur Entfernung der Adenoiden nicht für erforderlich. Die Mehrzahl der Fälle, in denen er Recidive sah, waren solche, bei denen unter Anwendung eines Anaestheticums operirt worden war.

EMIL MAYER.

67) **Thomas S. Kirkland** (Sydney N. S. Wales). **Ein neues Instrument für Adenoide. (A new instrument for adenoids.)** *Australian Medical Gazette. 20. Juni 1899.*

Eine Modification der Löwenberg'schen Zange. Die Blätter sind schneidend, sie greifen beim Schluss scherenartig in einander. K. hebt hervor, dass man auf diese Weise die Verletzung der Rachenwandschleimhaut vermeidet.

A. J. BRADY.

68) **W. A. Martin. Blutung nach Operation von Adenoiden. (Hemorrhage following adenoid operations.)** *Annals of Otology etc. Mai 1899. Laryngoscope. Juli 1899.*

Bericht über 3 Fälle, in denen eine Blutung nach der Operation eintrat, im ersten Falle $1^1/_2$ Stunden, im zweiten 2 Tage und im dritten 6 Tage nach der Operation. Alle 3 Fälle waren ohne Anaestheticum operirt worden. Eine Erklärung für den Eintritt der Blutung fand sich nicht. EMIL MAYER.

69) **J. A. Stucky. Abtragung der Mandeln und Adenoiden mit letalem Ausgang. (Removal of tonsil and adenoid followed by fatal result.)** *Am. Practitioner and News. 1. März 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

Die Operation schien dringend erforderlich. Dieselbe verlief ohne Complication, bis 2 Stunden nachher eine Blutung eintrat, welche profus war, aber bald gestillt wurde. $7^1/_2$ Stunden nach der Blutung starb das Kind, wie Verf. vermuthet, infolge des Shock's. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

70) **Marcel Labbé** u. **Ch. Levi-Sirugue. Untersuchungen über die Structur der Mandeln. (Recherches sur la structure des amygdales.)** *Soc. anatom. de Paris. Juli 1899. p. 685.*

Die Verf. fixirten Stücke der Mandeln in essigsaurem Sublimat und färbten sie nach Parafineinbettung in Hämatoxylin-Eosin oder Phenol-Thionin.

Das bindegewebige Reticulum der Mandeln und die darin liegenden Follikel gleichen vollständig dem Bau der Lymphdrüsen. In dem Reticulum sieht man zwischen den Follikeln oder an ihrer Peripherie Lymphräume, die nicht wie in den Lymphdrüsen abgeschlossen sind. Dieselben setzen sich vielmehr fort in die zuführenden Lymphgefässe, die im peritonsillären Bindegewebe liegen. Dies letztere ist ein fertiges Bindegewebe, das in dünnen Zügen die Gefässe begleitet, ohne indessen richtige Septa zu bilden.

In physiologischer Hinsicht erscheinen die Mandeln als wahre Lymphdrüsen; sie haben ihre Bedeutung für die Hämatopoese; ihr Epithel spielt dieselbe Rolle als Schutzdecke, wie das der übrigen Mundschleimhaut. A. CARTAZ.

71) **H. Walsham. Ueber das Vorkommen von Epithelialperlen in der Mandel. (A note on the occurrence of epithelial perls in the tonsil.)** *Lancet. 25. April 1899.*

W. untersuchte auf Grund der Kanthack'schen Mittheilung über diesen Gegenstand 150 Tonsillen und fand in dreien epitheliale Perlen.

ADOLPH BRONNER.

72) **Hilbert** (Königsberg). **Ueber das constante Vorkommen langer Streptococcen auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen.** *Zeitschr. f. Hygiene. 31. Bd. 3. Heft. 1899.*

Auf den gesunden Tonsillen von 50 poliklinischen Patienten und 50 Schul-

kindern fand H. regelmässig Streptokokken und zwar vielfach recht virulente. Beim Vergleich von 10 Individuen mit normalen Tonsillen und 10 Individuen mit erkrankten Tonsillen stellte sich heraus, dass die aus den Rachenorganen beider Gruppen von Individuen isolirten Streptokokken sich weder durch die Cultur noch durch ihre Virulenz unterschieden, so dass es unwahrscheinlich ist, dass den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung für infectiöse Mandelentzündungen zukommt.

SEIFERT.

73) **von Scheibner** (Lippspringe). **Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforten für die Tuberkelbacillen?** *Deutsche med. Wochenschr. 21. 1899.*

Verf. untersuchte zunächst 14 Gaumen- und 15 Rachentonsillen, die lebenden Individuen im Alter von 3—17 Jahren exstirpirt waren, histologisch auf die Anwesenheit von Tuberkeln und von Bacillen. Er fand nur zweimal Tuberkel und Riesenzellen, niemals Bacillen. In einem Fall schien ausgeheilte Tuberkulose vorhanden zu sein. — In beiden Fällen mit positivem Befunde glaubt Verf. primäre mittelbare oder unmittelbare Aspirationstuberkulose annehmen zu dürfen. — Verf. untersuchte ferner die Tonsillen von 13 Leichen ohne jegliche Tuberkulose, von 6 Leichen mit abgeheilter Tuberkulose, von 4 Leichen mit geringer latenter Tuberkulose, von 6 Leichen mit ausgedehnter Lungentuberkulose, von 2 Leichen mit Miliartuberkulose ohne Lungenphthise, von 1 Leiche mit tuberkulöser Meningitis ohne Lungenphthise. Unter diesen 32 Fällen fanden sich nur zwei mit — wahrscheinlich primärer — Tuberkulose der Tonsillen. — Die Arbeit ist im Leipziger pathologischen Institute Birch-Hirschfeld's ausgeführt und in Ziegler's Beiträgen in extenso publicirt.

ZARNIKO.

74) **Scheibner. Sind die Tonsillen häufig eine Eintrittspforte für den Tuberkelbacillus? (Are the tonsils frequently a port of entry for tubercle bacilli?)** *Journal of tuberculosis. Juli 1899.*

Die Resorptionsfähigkeit der Tonsille ist noch nicht ganz studirt. Die Compression der Mandel, die beim Schlucken stattfindet, ist geeignet, die Crypten derselben zu entleeren und daher sind die Tonsillen nach dem Schluckact besonders zur Aufsaugung flüssiger Substanzen geeignet. Auf diese Weise mögen die mit dem Staub eingeathmeten Bacillen in die Tonsillen gelangen.

EMIL MAYER.

75) **G. B. Sweeny. Die Gaumenmandeln. (The faucial tonsils.)**

„Die entzündete Gaumentonsille ist ein häufige und gewöhnliche Ursprungsstätte pathologischer Vorgänge, die schliesslich den gesammten Organismus in Mitleidenschaft ziehen.“

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **John R. Winslow. Die Mandeln eine Gefahr für den Organismus. (The tonsil as a menace to the organism.)** *Maryland Med. Journ. 13. Mai 1899.*

Der Verf. giebt eine ausgedehnte literarische Uebersicht über die vielfachen Infectionen, die durch die Gaumenmandeln und den sog. lymphoiden Schlundring Waldeyer's ihren Eintritt in den Körper nehmen. — Die ideale Operation für grosse Mandeln ist nach ihm die elektrokaustische, die Herausschneidung der ge-

sammten Mandel aus ihrer Kapsel; das Tonsillotom hält er für das am wenigsten geeignete Instrument.
EMIL MAYER.

77) **F. A. Packard. Endocarditis tonsillären Ursprungs. (Endocarditis of tonsillar origin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 25. Mai 1899.*

P. berichtet über 5 Fälle von Endocarditis, die alle mit einem Anfall von Mandelentzündung begannen. In zwei von diesen Fällen war das Herz sicher gesund; in den andern drei ist dies nicht constatirt, aber doch wahrscheinlich. Der Verf. schreibt nicht die Tonsillitis und die Endocarditis, beide als gleichzeitige Folgen einer Ursache, dem Rheuma zu, sondern er hält die Endocarditis für eine Infection durch die Bacterien resp. ihre Gifte, welche durch die Mandeln in den Organismus eingedrungen waren.
EMIL MAYER.

78) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Eintrittspforte für Infectionen. (The tonsils a gateway for infection.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 27. Mai 1899.*

Der Zusammenhang zwischen der Mandelentzündung und den ihr nachfolgenden schweren Erkrankungen ist noch nicht so allgemein anerkannt, als der Ernst dieser Complicationen erforderlich macht. Die lebensgefährdende Endocarditis kann eine Folge der zu wenig sorgsamen Behandlung sein, die der initialen Tonsillenerkrankung zu Theil geworden ist.
EMIL MAYER.

79) **F. Jessen. Die Tonsillen als Eintrittspforte für schwere Allgemeininfection. (The tonsils as portals of entrance for grave general infection.)** *Pediatrics. Juli 1899.*

Die Entzündung des Tonsillargewebes eröffnet die bacterielle Invasion und die Mikroorganismen nehmen durch die Lymphkanäle ihren Weg in Auge, Ohr, Gesicht, Lippen etc. Hier erregen sie neue entzündliche Processe, welche häufig mittelst der Finger über die Hautdecke des ganzen Körpers verbreitet werden.

EMIL MAYER.

80) **G. J. Karagueosiantz. Die ätiologische Bedeutung der Mandelerkrankungen für die Pathologie gewisser Krankheiten. (The etiologic value of diseases of the tonsils in the pathology of certain affections.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Unter 43 Fällen von pseudomembranöser Entzündung des Rachens sind 5mal Complicationen verzeichnet, zumeist in acutem Gelenkrheumatismus bestehend. Unter den Fällen von Angina kam einer mit Icterus und einer mit Pleuritis zur Beobachtung. Zur Verhütung dieser Complicationen empfiehlt K. bei jeder Angina die Verordnung von salicylsaurem Natrium in mittleren Dosen.

EMIL MAYER.

81) **B. Abrahams. Rheumatische Tonsillitis. (Rheumatic tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 15. Februar 1899. N. Y. Med. News. 18. März 1899. Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

A.'s Erfahrungen über die rheumatische Tonsillitis basiren auf einer grossen Zahl von Fällen von Chorea, Rheumatismus und Herzerkrankung bei Erwachsenen und bei Kindern, die er in den letzten 3 Jahren beobachtet hat. Klinisch sind

5 Formen von rheumatischer Halsaffection zu unterscheiden: 1. Das Erythem des Schlundes, das oft bei Rheumatismus zum Ausbruch kommt. 2. Die folliculäre Tonsillitis. 3. Die pseudomembranöse Angina. Zwischen dieser und der vorhergehenden Form ist in pathologischer Beziehung ein Unterschied nicht zu machen, obgleich, wenn Patienten an wiederholten Attacken leiden, diese fast immer der gleichen Form zugehören und ein Wechsel zwischen der einen und der anderen Form nur selten stattfindet. 4. Eine abortive Form, die Singer beschrieben hat, bei der nur vage Gelenk- und Muskelschmerzen bestehen. 5. Die chronische Tonsillitis rheumatica, die wahrscheinlich gichtischer Natur ist.

Die Hälfte der Choreafälle, zwei Drittel der Fälle von Herzerkrankung und fast die Hälfte der Fälle von acutem Rheumatismus lassen in der Anamnese das Vorhandensein von Halsaffectionen bestimmt erkennen. Die bacteriologische Untersuchung der Mandeln ergab stets den Befund von Streptokokken und Staphylokokken. Die gleichen Organismen fand man im Urin, wenn derselbe unter allen Vorsichtsmaassregeln der Blase entnommen war. Die Wahrscheinlichkeit der Infection durch die Tonsillen ist danach eine nicht geringe. Eine Reihe von Autoren halten den Rheumatismus für eine Vergiftung mit dem abgeschwächten Gifte des Keimes, der bei voller Virulenz Pyaemie erzeugt.

Der Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Die gewöhnliche rheumatische Halserkrankung tritt in zwei Hauptformen auf — als Erythem des Schlundes und als eigentliche Tonsillitis.

2. Das Erythem ist häufiger bei Erwachsenen, bei Kindern häufiger die Tonsillitis; und zwar ist der gewöhnliche Typus der letzteren der folliculäre; die membranöse Form kommt häufiger bei älteren Individuen vor.

3. Das Erythem des Halses ist eine initiale Erscheinung des acuten Rheumatismus und die Tonsillitis kann die primäre Läsion sein.

4. Eine ganze Anzahl von Fällen ist mitgetheilt, dei denen an eine nicht-scarlatinöse Angina, die nicht mit Gelenkschmerzen complicirt war, Endocarditis sich anschloss. In zahlreichen anderen Fällen ging Tonsillitis einem Anfall von Arthritis oder Chorea unmittelbar voran.

5. Der Nachweis derselben Mikroorganismen in Mandeln, Gelenken, Blut und Urin spricht für die Theilnahme der Eiterkokken an der Aetiologie des Rheumatismus.

LEFFERTS.

82) **Bertram Abrahams. Die Beziehung der Mandelentzündung zum Rheumatismus und zur Chorea. (The relation of tonsillitis to rheumatism and chorea.)** *The Medical Brief. Juni 1899.*

Die Tonsillitis kann an jedem Punkte des rheumatischen Cyclus eintreten. Man findet Staphylokokken und Streptokokken in Gelenken, Blut und Urin. Eisen und Kali chloricum sind nach A. nützlicher als Salicyl. Der Arzt soll die Gefahr der Mandelentzündung stets betonen.

EMIL MAYER.

83) **J. E. Sawtell. Entzündung der Gaumenmandel. (Inflammation of the faucial tonsil.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

S. theilt ein in catarrhalische, croupöse und peri- oder retrotonsilläre Entzün-

dung. Die croupöse Tonsillitis in ihrer virulenteren Form hält er für contagiös. Für alle Formen ist die antirheumatische Behandlung angezeigt. EMIL MAYER.

84) **Redact. Notiz. Acute und chronische Mandelentzündung. (Tonsillitis acute and chronic.)** *Texas Med. Journal. April 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

85) **Keiper. Mandelentzündung mit Albuminurie. (Tonsillitis with albuminuria.)** *Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

Bei dem an Albuminurie leidenden Patienten traten zu verschiedenen Stunden Blutungen aus einem Geschwür auf der Mandel ein. Die Ulceration wird auf eine Alteration der Gefässwunde unter dem Einfluss der Nierenerkrankung zurückgeführt. EMIL MAYER.

86) **J. G. Brownson. Acute Tonsillitis bei einem Kind von 5 Monaten; ein zweiter Anfall 11 Monate später. (Acute tonsillitis in an infant of five months; a second attack eleven months later.)** *The Archives of Pediatrics. August 1899.*

Es handelte sich um eine typische folliculäre Mandelentzündung.

EMIL MAYER.

87) **Goodale. Zur Pathologie der acuten infectiösen Mandelentzündung. (The pathology of acute infective amygdalitis.)** *Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc. 17. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Die acute Mandelentzündung durch Streptokokken und Staphylokokken ist histologisch charakterisirt durch eine diffuse parenchymatöse Entzündung mit Proliferation der Lymphzellen und der Endothelialzellen. Dieselbe ist wahrscheinlich eine Folge der Resorption des in den Crypten gebildeten Toxins. Die Bakterien selbst sind nur selten in dem Mandelgewebe nachweisbar. Zuweilen aber findet in diesen Fällen eine Infection des Follikelinneren mit Keimen statt und dann entstehen Eiterungen und kleine Abscesschen, die gelegentlich in die Crypten sich entleeren. LEFFERTS.

88) **Rosa Engelman. Membranöse Tonsillitis und Pharyngitis bei Influenza. (Membranous tonsillitis and pharyngitis of influenza.)** *Journal Americ. Med. Association. 1. Juli 1899.*

Verf. erwähnt eine Reihe von Fällen, bei denen sich der Pfeiffer'sche Bacillus fand, obgleich das klinische Bild ganz das der Diphtherie war. In anderen Fällen, die ebenfalls klinisch wie Diphtherie aussahen, fand man keine Loeffler'schen Bacillen, sondern den Fraenkel'schen Pneumococcus.

EMIL MAYER.

89) **Seth Scott Bishop. Mandelentzündung bei Influenza. (Tonsillitis of influenza.)** *Medical Fortnightly. 1. April 1899.*

In der letzten Epidemie waren in einem besonders schweren Falle die Mandeln afficirt. Es bestand starker Schluckschmerz, doch erschienen die Tonsillen nur leicht hyperämisch. 36 Stunden aber nach dem Ausbruch der Krankheit war

die rechte Mandel von einer Masse Ulcerationen überdeckt. Nach 3 Tagen war der Patient geheilt.

EMIL MAYER.

90) **Bishop. Lokalbehandlung der Mandelentzündung bei Influenza. (Local treatment of influenzal tonsillitis.)** *Denver Med. Times. Mai 1899.*

B. empfiehlt die häufige Application von Wasserstoffsuperoxyd auf die ulcerirten Flächen; ausserdem bei erhöhter Temperatur Guajacol und Glycerin zu gleichen Theilen. Erleichterung gewährt auch eine 4 proc. Bromkalilösung und ein Spray von 3 proc. Menthol-Campher.

EMIL MAYER.

91) **H. Edwin Lewis. Bemerkungen über acute Mandelentzündung. (Remarks on acute tonsillar inflammation.)** *Vermont Med. Monthly. Januar 1899.*

Verf. giebt Veratrum viride und Aconit innerlich mit befriedigendem Erfolg.

EMIL MAYER.

92) **Newcomb. Acute Mandelentzündung. (Acute tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1899.*

Opium desodorat. 0,006
Tinct. Veratr. virid. 0,015
Hydrarg Chlor. mit. 0,006
Sacch. lact. q. s.
Ol. Anis. 0,003.
1 stündl. 1 Tablette beim Erwachsenen.

LEFFERTS.

93) **Ashby. Gegen acute Mandelentzündung bei Kindern. (For acute tonsillitis in children.)** *N. Y. Medical News. 28. Januar 1899. N. Y. Medical Record. 22. April 1899.*

Rp. Tinct. Aconit. 0,48
Liqu. Ammon. citric. 7,5
Syr. Aurant. 5,0
Aqu. destill. q. s. ad 60,0.
M. D. S. 2 Theelöffel voll 3 stündl. bei einem 5jährigen Kinde.

LEFFERTS.

94) **Redact. Notiz. Gegen Mandelentzündung und nicht-diphtheritische Anginen. (For amygdalitis and non-diphtheritic anginas.)** *N. Y. Med. Record. 21. Januar 1899.*

Salol 2,0
Ol. Amygdal. dulc. 4,0
Syr. simpl. 30,0
Aqu. destill. 75,0.
M. D. S. In 3 Dosen am Tage zu nehmen.

LEFFERTS.

95) **Stevens. Gegen Mandelentzündung. (For tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899. N. Y. Med. News. 25. März 1899.*

Natrii benzoic. 3,75—15,0
Glycerin.
Elix. Calisayae ana 30,0.
M. D. S. 1—2 stündl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

96) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Mandelentzündung. (Follicular tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

Acid. trichloracet. 0,09
Natrium 0,21
Kalium jodatum 0,45
Glycerin 5,0
Aqu. destill. 10,0.
M. D. S. Zur Einpinselung nach der Incision.

LEFFERTS.

97) **Redact. Notiz. Gegen lacunäre Mandelentzündung. (Quinsy.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

Natrii salicyl.
Syrup. Acaciae ana 15,0
Aqu. Cinnamom. 120,0.
M. D. S. 2—3 stündl. 1 Dessertlöffel voll.

LEFFERTS.

98) **Moure. Ein Gurgelwasser für lacunäre Mandelentzündung. (A gargle for lacunar amygdalitis.)** *N. Y. Med. Journal. 18. März 1899.*

Borax
Kalium bromat. ana 5 Theile
Acid. carbol . . . . 1 „
Glycerin . . . . . 50 „
Inf. Althaeae . . . 150 „

LEFFERTS.

99) **Jas. E. Kempf. Zur Behandlung der Mandelentzündung. (On the treatment of tonsillitis.)** *Louisville Med. Monthly. März 1899.*

Ausser Calomel, Hydrarg. bijodat., Aconit, Belladonna u. a. m. gebraucht Verf. auch noch als Spray und intern frisches Chlorwasser, dem Eisentinctur (die mindestens 2 Jahre alt sein soll) zugesetzt ist.

EMIL MAYER.

100) **Redact. Notiz. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *New York Lancet. Mai 1899.*

Rp. Tct. Aconit. 1,8
Tct. Belladonnae 3,75
Tct. ferri chlorat. 7,5
Tct. Jodi compos. 9,0.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

EMIL MAYER.

101) **Lacoarret. Beitrag zum Studium der ulcerös-membranösen Mandelentzündung. (Contribution à l'étude de l'amygdalite ulcéro-membraneuse.)** *Ann. de la polyclinique de Toulouse. März 1899.*

Eine sorgfältige klinische Studie dieser Krankheit, die nach Lacoarret keine bestimmte und selbstständige pathologische Erscheinung darstellt, vielmehr eine complicirende oder isolirte Aeusserung der Stomatitis ulcero-membranosa ist. Sie hat alle charakteristischen Zeichen dieser letzteren, nur treten einige secundäre Symptome hinzu, welche sich durch die besondere Localisation leicht erklären lassen. L. theilt eine Reihe neuer Beobachtungen mit.

A. CARTAZ.

102) **Charles E. Clark. Chronische lacunäre Tonsillitis. (Chronic lacunar tonsillitis.)** *Kansas City Medical Record. Juli 1899.*

Die Affection soll individuell und nicht in allen Fällen gleich als blosse Hypertrophie behandelt werden. Sie kann zum Centrum allgemeiner Infection werden und constitutionelle Sepsis erzeugen. Alle Buchten müssen excidirt werden.

EMIL MAYER.

103) **L. D. Brose. Chronische Mandelschwellung. (Chronic enlargement of the tonsils.)** *Medical Progress. Januar 1899.*

Verf. bespricht erst die adenoiden Wucherungen und dann die Hypertrophie der Gaumenmandeln. Er berichtet von einem Fall, in dem bei einem Erwachsenen eine bedrohliche Blutung nach der Tonsillotomie eintrat. Für die hypertrophische Zungentonsille empfiehlt er Jodlösung und den Galvanokauter.

EMIL MAYER.

104) **J. I. Anderson. Hypertrophische Tonsillen. (Hypertrophied tonsils.)** *The Medical Council. Juli 1899.*

A. lässt die Tonsille von einem Assistenten mit einer Zange stark hervorziehen und entfernt sie dann mittelst Tonsillotom.

EMIL MAYER.

105) **Ludwig Freiberger. Adenoide und vergrösserte Tonsillen bei der Entstehung von Enuresis. (Adenoids and enlarged tonsils in production of enuresis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899.*

Man ist schwerlich berechtigt, die Mandelvergrösserung unter den wesentlichsten Ursachen der Enuresis aufzuzählen.

EMIL MAYER.

106) **A. Logan Turner. Tuberculäre Mandeln und Adenoidwucherungen als Ursache vergrösserter Halslymphdrüsen. (Tubercular tonsils and adenoids as the cause of enlarged cervical lymph-glands.)** *Medical Bulletin. Mai 1899. Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Die hypertrophischen Tonsillen sind nicht allein wegen des mechanischen Hindernisses, das sie darstellen, gefährlich und zu entfernen, sondern weil ihre geringe vitale Resistenz gegen Bakterieninvasion sie zur Eintrittspforte für ernste Erkrankungen werden lässt.

EMIL MAYER.

107) **Thomson. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophy of tonsils.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Jodi 0,36
Kalii jodati 0,72
Ol. Menth. piperit. 0,24
Glycerin ad 30,0.
M. D. S. 2 mal täglich zu appliciren.

EMIL MAYER.

108) **Redact. Notiz. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophy of tonsil.)** *Western Medical Review. 15. Mai 1899.*

Rp. Jodi 0,06
Kalii jodat. 0,12

Tct. Opii 1,08
Glycerin 120,0.
M. D. S. Morgens und Abends auf die Tonsillen aufzupinseln; ausserdem 1/2 Theelöffel in warmem Wasser zum Gurgeln. EMIL MAYER.

109) **H. B. Stanley. Die Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *St. Louis Medical Era. 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

110) **Carr Lane. Unblutige Tonsillotomie. (Bloodless tonsillotomy.)** *N. Y. Med. News. 8. Juli 1899.*

Verf. hält die Blutlosigkeit bei der Tonsillotomie keineswegs für eine so wünschenswerthe Sache, da der locale Blutverlust nach seiner Meinung einen Nutzen der Operation bedeutet. Deshalb befördert L. in den Fällen, in denen die Blutung spontan sehr gering ist, dieselbe künstlich durch Reiben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **T. A. Stucky. Plötzlicher Tod nach Entfernung der Tonsillen. (Sudden death following removal of the tonsils.)** *The Memphis Lancet. Juni 1899.*

Der Tod erfolgte 9 Stunden nach der Entfernung der Gaumenmandeln und Adenoiden durch Blutung. Verf. bringt den letalen Ausgeng mit Sepsis und einer hämorrhagischen Diathese in Zusammenhang. EMIL MAYER.

112) **Breitung. Ein neues Resectom für die Gaumenmandeln.** *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1899.*

Das Instrument besteht aus einem von hinten nach vorne schneidenden Messer, welches durch Zug an einem Führungsdraht schneidet, welcher in der Hohlröhre des Krause'schen Schlingenschnürers gleitet und an den Handgriff dieses Schlingenschnürers angesetzt wird. SCHECH.

113) **F. Foxcroft. Neue Guillotine für die Mandel. (New tonsil guillotine.)** *Lancet. 1. April 1899.*

Das Instrument, dessen Abbildung F. giebt, stellt eine Modification des Mackenzie'schen Tonsillotoms dar. Es ist bei Mayer und Meltzer zu haben.

ADOLPH BRONNER.

114) **J. A. Stucky. Die Peritonsillitis oder Bräune; ihre Ursache und Behandlung. (Peritonsillitis or quinsy. Cause and treatment.)** *Medical Herald. Februar 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass man die Peritonsillitis, wenn sie innerhalb 48 Stunden nach ihrem Ausbruch zur Behandlung kommt, abortiv curiren kann.

EMIL MAYER.

115) **Frederic C. Cobb. Peritonsillärer Abscess. (Peritonsillar abscess.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. Juli 1899.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 44 Fällen zu folgenden Schlüssen:

1. Ein causaler Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Peritonsillarabscess ist nicht erweislich.

2. Ein acut entzündlicher Zustand der Mandel findet sich in so vielen Fällen, dass die Vermuthung nicht abzuweisen ist, dass die Infection des peritonsillären Gewebes dadurch verursacht wird.

3. Ein Studium des Pharyngomaxillarraums zeigt: a) dass die Injection mit Wachs am Cadaver ein ganz ähnliches Bild hervorruft, wie es der Peritonsillarabscess klinisch zeigt; b) dass seine Entfernung von der Fläche des Gaumens zu verwerthen ist für die Abschätzung der Tiefe des oft erforderlichen Einstichs; c) dass die Ueberkreuzung der dort vorhandenen Muskeln den schnellen Schluss der Einstichstellen erklärt; d) dass die Fossa supratonsillaris und das Spatium infratonsillare in anatomischer Hinsicht am freisten und für den Einstich am geeignetsten sind; e) dass der Einstich vor der durch die hinteren Gaumenbögen gelegten Ebene die grossen Gefässe nicht verletzen kann, wenn das Messer stets vor dieser Ebene verbleibt; f) dass dieser Raum durch ein Septum, welches der Musc. styloglossus und der stylopharyngeus bilden, in 2 Höhlen getheilt ist. Dadurch werden in den meisten Fällen die grossen Gefässe vor eitriger Infiltration geschützt. Fehlen dieses Septums erklärt Fälle, wie den Bosworth'schen, bei dem der Eiter an den grossen Gefässen entlang ins Mediastinum drang.

EMIL MAYER.

116) **Treitel. Natur und Bedeutung chronischer Mandelabscesse. (The nature and significance of chronic tonsillar abscesses.)** *Gaillard's Medical Journal. Mai 1899.*

Es entsteht oft die Frage, ob diese Abscesse primär oder secundär sind. In manchen Fällen ist ihre primäre Natur evident. Bei chronisch-recidivirender Entzündung räth T. Spaltung der Tonsille und sorgsame Reinhaltung des Mundes.

EMIL MAYER.

117) **Barbier. Tuberculose der Mandeln und des weichen Gaumens. (Tuberculosis of the tonsil and soft palate.)** *N. Y. Med. News. 11. März 1899.*

Die Tuberculose des weichen Gaumens und der Tonsille schien von directer Infection herzurühren, da der Gatte der Patientin 1 Jahr zuvor an Lungentuberculose gestorben war. Eine Affection der Lunge war bei der Frau nicht nachweisbar, auch bestand keine Expectoration. Die Diagnose auf Tuberculose des Gaumens wurde durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt. LEFFERTS.

118) **Seymour Oppenheimer. Tuberculose der Mandel. (Tuberculosis of the tonsil.)** *Medical Age. 10. Juni 1899.*

Verf. bespricht das klinische Bild der Krankheit sowie die Erfolge der Behandlung mittelst Curettement und Milchsäure. EMIL MAYER.

119) **Dieulafoy. Schanker der Mandel. (Chancre of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 11. März 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899. Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

Der Mandelschanker und die acute Tonsillitis können ganz gleiche Symptome

bieten. Selbst hochgradige Dysphagie, Frost und Fieber, allgemeine Abspannung kommen bei beiden vor. Nur 3 Zeichen sind für den Schanker zu verwerthen: Die Einseitigkeit der Affection, die Induration der Tonsille und die Schwellung der Halslymphdrüsen. Man mache sich zur Pflicht, bei jeder Tonsille, die suspect erscheint — weil sie erodirt, mit Excrescenzen versehen oder ulcerirt ist — bei jeder acuten Tonsillitis, die irgendwie vom gewohnten Bilde oder Verlauf abweicht, an Lues zu denken. Gesichert wird die Diagnose, wenn Roseolen und Schleimhautsyphilide auftreten.

LEFFERTS.

120) **H. C. Fenton. Primäre Syphilis der Tonsille. (Primary syphilis of the tonsil.)** *Medical Sentinel. Mai u. Juni 1899.*

F. berichtet über einen Fall von Geschwüren auf beiden Tonsillen, in dem 4 Wochen später eine allgemeine maculäre Eruption auftrat. Specifische Behandlung hatte ausgesprochene Besserung im Gefolge. — Sechs Monate nachher stellten sich Secundärerscheinungen im Halse ein, dann Lähmung mit apoplectischen Anfällen, schliesslich Dementia paralytica, die nach 10 Monaten zum Tode führte.

EMIL MAYER.

121) **Froissart. Gummiknoten in den Mandeln. (Des gommes amygdaliennes.)** *Thèse de Lille. 1899.*

Die syphilitischen Tertiärerscheinungen der Mandeln sind nach F. ziemlich selten. Der Verf. bespricht die Symptome des ulcerirten Gumma und seine möglichen Complicationen. Neben dieser typischen Erscheinung der tertiären Lues kann auch das nicht-ulcerirte Gumma vorkommen und ferner eine ganz oberflächliche Ulceration; beide aber sind noch seltener als der erstgenannte Process.

A. CARTAZ.

122) **Gaudier. Gummigeschwulst der Mandel mit Invasion des Gaumensegels. (Gomme de l'amygdale ayant envahi le voile de palais.)** *Société centrale de méd. du Nord. 13. Januar 1899.*

55jährige Frau, die über den Anfang der luetischen Erkrankung keine Angaben zu machen vermag. Vor 6 Monaten ulcerirte die Mandel und die Ulceration hat sich allmählich ausgebreitet auf das Gaumensegel und in die Tiefe bis zu den grossen Gefässen. An den Extremitäten besteht Rupia syphilitica.

A. CARTAZ,

123) **René Lamy. Das Verhalten der vier Mandeln im Secundärstadium der Syphilis. (Etat des quatre amygdales dans la période secondaire de la syphilis.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Die Mandeln sind bei der secundären Syphilis stets mehr oder weniger afficirt. Als häufigste Veränderungen werden Hypertrophie, Erythem, Erosionen, Diptheroide, Plaques, Ulcerationen und Condylome constatirt.

E. J. MOURE.

124) **Paul Reinhard** (Wien). **Ein Fall von Tonsilla pendula.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 14. 1899. The Laryngoscope. Juli 1899.*

Die prall gespannte Geschwulst sass dem hinteren oberen Theil der linken Tonsille und dem hinteren Gaumenbogen mittelst eines ca. $^1/_2$ cm breiten und

etwas längeren bandartigen Stranges als accessorische Tonsille auf und wurde mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. R. beschreibt weiter einen Fall von Follikelektasie der Gaumentonsille und einen solchen der Zungentonsille.

CHIARI.

125) **A. Robertson. Mandelsteine. (On tonsillar calculi.)** *Brit. Med. Journ. 7. Januar 1899.*

50jähriger Mann, seit 6 Jahren an recurrirender Tonsillitis leidend. Vor 3 Jahren trat eine Eiterung der rechten Submaxillardrüse ein und es wurde incidirt. Im Juni 1898 hustete Pat. einen grossen Stein von fast 15 g Gewicht aus. Hinter dem rechten Gaumenbogen ist eine grosse hüglige Fläche mit centraler Depression zu sehen, in der der Stein offenbar gelegen hat.

ADOLPH BRONNER.

126) **R. Strong. Mandelsteine. (Tonsillar calculi.)** *Brit. Med. Journ. 1899.*

19jähriger Knabe hustete 2 Steine aus, der eine pflaumengross, der andere kleiner. Hinter dem linken vorderen Gaumenbogen erblickte man eine entsprechende tiefe Depression.

ADOLPH BRONNER.

127) **Richmond Mc Kinney** u, **James L. Minor. Ungewöhnliche Localisation einer Fischgräte. (Unusual lodgement of a fish-bone.)** *Memphis Med. Monthly. März u. April 1899.*

Krankengeschichte von drei Fällen, bei welchen eine Gräte zur Hälfte in der Tonsille steckte.

EMIL MAYER.

128) **Yeardsley. Gutartige Geschwülste der Tonsille. (Benign growths of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899.*

Das echte Papillom der Tonsille ist ungewöhnlich. Andere gutartige Geschwülste sind relativ häufiger; sie sind oft entzündlichen Ursprungs und mit Vergrösserung der Mandeln einhergehend.

LEFFERTS.

129) **A. Onodi. Das Lipom der Mandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 9. S. 324. 1899.*

Kurze Beschreibung (mit Abbildung eines mikroskopischen Präparates) zweier Fälle von Lipoma resp. Fibroma lipomatosum der Mandel. Bisher sind 3 Fälle in der Literatur vorhanden; der erste derselben ist von O. selbst mitgetheilt.

F. KLEMPERER.

130) **Hugo Mamlok. Ein Fall von primärem malignem Lymphom der Tonsille.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 9. S. 485. 1899.*

Das primäre Auftreten des Lymphoms in der Mandel ist selten. M. hat in der Literatur nur 7 Fälle gefunden. Eine Arsenbehandlung brachte erhebliche Besserung. Dieselbe hielt aber nicht an. Die zweite gleiche Cur versagte und Patient starb. Ein Stückchen der Tonsille wurde intra vitam untersucht. Die Section konnte nicht gemacht werden.

F. KLEMPERER.

131) **J. G. Connal. Krebs der Mandel. (Carcinoma of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 25. März 1899.*

60jährige Frau bemerkte seit einigen Monaten eine Geschwulst am rechten

Kieferwinkel und gleichzeitig eine Schwellung und Ulceration der rechten Tonsille. Schmerzen und Dysphagie fehlen. An der Mandel ist 4mal operirt worden.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

132) **A. Golowkow. Ueber die Differentialdiagnose der Diphtheriebacillen von den pseudodiphtheritischen nach der Methode von Neisser. (O differenziatnom rosposnawanin difteriinich palotschek ot loshnadifteriinich po sposobu Neissera.)** *Wojenno-Med. Journal. Januar 1899.*

G. versuchte die Neisser'sche Methode an Culturen und findet sie ausreichend zur Erkennung der wahren Löfflerbacillen.

P. HELLAT.

133) **H. Richardière** und **L. Tollemer** (Paris). **Pseudodiphtheriebacillen und Diphtheriebacillen. (Bacille pseudo-diphthérique et bacille diphthérique.)** *Presse médicale. 29. März 1899.*

Die Untersuchungen der Verff. ergaben, dass

1. der Pseudodiphtheriebacillus die Gram'sche Färbung energischer zurückhält als der echte Diphtheriebacillus.

2. die Färbung nach Neisser in dem Löffler'schen Bacillus endständige Granulationen (Polarkügelchen) zu Gesicht bringt, die dem Pseudodiphtheriebacillus fehlen.

3. ein Culturmedium, auf welchem beide Bacillen so verschieden wüchsen, dass ihre Differenzirung sicher gelänge, nicht existirt.

Die Verff. resumiren sich dahin, dass die rein morphologische Seite der bacteriologischen Untersuchung ihre volle Bedeutung behält, wenn man nur den langen Bacillus constatirt. Findet man aber die kurzen und mittleren Bacillen, dann bleibt immer ein grösserer oder geringerer Zweifel bestehen und man muss nicht nur die oben genannten Punkte beachten, sondern auch durch den Thierversuch die Virulenz prüfen.

PAUL RAUGÉ.

134) **Barbier. Generalisation des Diphtheriebacillus. (Généralisation du bacille diphthérique.)** *Société de Pediatrie. 9. Mai 1899.*

Zwischen der Grösse der Pseudomembran und der Allgemeininfection besteht kein Parallelismus. Die letztere kann noch fortdauern, wenn die Membran bereits verschwunden ist. Sie kann sich auch durch Mischinfection compliciren; dann muss man eine grössere Serumdosis injiciren und die Injection mehrfach wiederholen.

PAUL RAUGÉ.

135) **Redact. Notiz. Die Persistenz der diphtheritischen Infection. (Persistence of diphtheritic infection.)** *Philad. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Der Artikel lenkt die Aufmerksamkeit auf die Dauerhaftigkeit des Klebs-Löffler'schen Bacillus und seiner Virulenz. Unter 1000 Fällen, die daraufhin untersucht wurden, war die kürzeste Zeit, nach welcher der Bacill verschwand, 3 Tage und die längste 145 Tage, der Durchschnitt 22 Tage.

EMIL MAYER.

136) **F. Woollacott. Drei Fälle von Herzthrombose bei Diphtherie. (Three cases of cardiac thrombosis in diphtheria.)** *Lancet. 6. Mai 1899.*

9jähriger Knabe, der 16000 Immunitäts-Einheiten innerhalb 3 Tagen injicirt erhalten hatte. Am 3. Tage zeigte er starke Unruhe, am 4. traten plötzlich schwere pericardiale Schmerzen auf und der Puls wurde sehr unregelmässig. Nach 8 Stunden starb das Kind. Der linke Ventrikel und das Herzohr fanden sich bei der Section von einem weichen schwarzen Gerinnsel erfüllt. Der rechte Ventrikel war durch einen grossen postmortalen Thrombus ausgedehnt. Der zweite und dritte Fall sind ganz ähnlich; im letzten war kein Serum gegeben worden. Die Diphtherie zeigte in allen drei von Anfang an einen schweren Typus.

ADOLPH BRONNER.

137) **Francis Huber. Diphtheritische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *Pediatrics. 1. Juni 1899. Cleveland Journal of Medicine. Juni 1899.*

Die Lähmung ist die Folge einer toxischen peripheren Neuritis (parenchymatöse Degeneration des Nerven) und nicht centralen Ursprungs. Ein Theil der Patienten mit diphtheritischer Lähmung geht an Aspirationspneumonie oder Collaps zu Grunde. Ruhe und Strychnin in grossen Dosen ist zu empfehlen.

EMIL MAYER.

138) **Redact. Notiz. Behandlung der diphtheritischen Lähmung. (Treatment of diphtheritic paralysis.)** *The Med. and Surg. Monitor. 15. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

139) **Toepfer. Ueber Diphtheritis. (O difterite.)** *Eshenedelnik. No. 15. 1899.*

Nichts von Bedeutung.

E. HELLAT.

140) **R. Bayeux** (Paris). **Ueber ein neues Merkmal, welches beim Croup die Nothwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs voraussehen lässt. (Sur un nouveau signe clinique permettant de prévoir l'urgance prochaine de l'intervention chirurgicale dans le croup.)** *Comptes rendus du Congr. intern. de Moscou. Bd. III. Sect. VI.*

Als solches sieht B. die Contraction der Mm. sternocleido-mastoidei an.

P. HELLAT.

141) **N. A. Kremer. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *The Med. and Surg. Monitor. 15. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

142) **A. Irego Shertzer. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal of Practical Medicine. Juni 1899.*

S. hat vollständiges Vertrauen zu der interen Medication von Eisentinctur.

EMIL MAYER.

143) **James G. Brubaker. Die wesentlichen Punkte in der Behandlung der Diphtheritis. (The essential points in the treatment of diphtheria.)** *Medical Age. 25. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

144) **Sigel** (Stuttgart). **Die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 31. 1899.*

Die Gesammtzahl der in 16 Jahren behandelten Diphtheriekranken beträgt 2827, davon 1723 ohne Serum behandelt mit 38,8 pCt. Sterblichkeit, während von 904 mit Serum behandelten nur 12,3 pCt. starben. Seit Einführung der Serumbehandlung überschritt die Sterblichkeitsziffer niemals mehr 15 pCt. Die Nebenwirkungen des Serums treten vorzugsweise in der Form der bekannten Exantheme auf, ausserdem als Gelenkschmerzen, aber stets in einer langdauernden bedeutungslosen Form. Betreffs der Immunisirung sind die Ergebnisse noch unsicher und unklar, doch empfiehlt S. dieselbe namentlich für die Privatpraxis.

SEIFERT.

145) **M. Myschkin. Zur Frage des Kampfes gegen die Diphtherie durch die Serotherapie. (K woprosu o borbe s difteritom pri seroteropii.)** *Wojenno-Med. Journal. Januar 1899.*

Wiederholung längst bekannter Thatsachen.

P. HELLAT.

146) **Mikusow. Zur Casuistik der Antidiphtherieserumanwendung. (K kasuistike primenenija antidifteritnoi siworotki.)** *Eshenedelnik. 20. 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes.

P. HELLAT.

147) **M. Königsberg. Ueber Diphtherie im Orenburgschen Gouvernement im Jahre 1897. (O difterite w orenburgskoi gubernii sa 1897 g.)** *Bojenno-Med. Journal. März 1899.*

Erkrankungsfälle 1047. Sterblichkeit 17,7 pCt. Die Sterblichkeit ist am grössten zwischen dem 2.—7. Lebensjahre; sie schwankt zwischen 9—19 pCt.

Von den mit Serum behandelten Kranken starben auf dem Lande 14 pCt., in der Stadt 8 pCt. Bei den mit andern Mitteln behandelten betrug das Verhältniss 15 und 20 pCt.

Paralysen wurden beobachtet in 6,03 pCt. aller Behandelten; je früher die Injection, desto weniger Paralysen.

Hervorzuheben ist der Unterschied, der sich ergiebt nach der Person der die Fälle Behandelnden. Bei den von Aerzten behandelten Fällen war die Sterblichkeit 15—20 pCt., bei den von Feldscheren behandelten 48—51,1 pCt. Die letzteren wandten kein Serum an.

P. HELLAT.

148) **Sevestre** (Paris). **Die Behandlung der Diphtherie mit dem Heilserum an dem Kinderhospital zu Paris. (Le traitement de la diphthérie par le serum antidiphthérique à l'hopital des enfants maladies de Paris.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. III. Sect. VI.*

S. hat im Verlaufe von 30 Monaten 2410 Kinder beobachtet, von denen 365 = 15,14 pCt. starben.

In den 4 der Serumbehandlung vorhergehenden Jahren betrug die Sterblichkeit 47,64 bis 55,88 pCt.

S. setzt auseinander, dass die Sterblichkeit der reinen Diphtheriefälle noch geringer sein muss. Von seinen Kindern erlagen viele der Bronchopneumonie, der Tuberculose etc.

P. HELLAT.

149) **J. Terrés** (Mexico), **Resultate der Behandlung der Diphtherie vermittelst Serum in Mexico. (Résultats du traitement de la diphthérie par le sérum au Mexico.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. III. Sect. VI.*

Nach F. hat die Diphtherie, die erst 1892 durch französische Soldaten in Mexico eingeführt wurde, dort keine besondere Neigung sich zu verbreiten. Die Resultate der Serumbehandlung waren daher sehr günstig. P. HELLAT.

150) **Violi** (Constantinopel). **Behandlung der Diphtherie durch Heilseruminjection. (Traitement de la diphthérie par les injections du sérum antidiphthérique.)** *Daselbst.*

Verf. hat 263 Kinder behandelt und ist ein warmer Anhänger der Serumtherapie. P. HELLAT.

151) **G. Wlaer** (Petersburg). **Ueber die Serotherapie-Frage. (Sur la question de sérothérapie.)** *Daselbst.*

W. erörtert die Fragen nach der Wirkung des Serums auf das Blut, der Differenz dieser Wirkung bei carbolisirtem Serum und der Häufigkeit der Injectionen.

Seine Thierversuche sprechen für den Gebrauch von einfachem nicht carbolisirten Serum. P. HELLAT.

152) **J. Fibiger** (Kopenhagen). **Die Resultate der Serumbehandlung bei Diphtherie im Bledamsspital in Kopenhagen.** *Daselbst.*

F. hat 2 Reihen von Diphtheriekranken nebeneinander mit und ohne Serum behandelt. Dabei wurde keine Auswahl geübt, sondern die jeden zweiten Tag aufgenommenen mit Serum und die an den dazwischenliegenden Tagen aufgenommenen ohne Serum behandelt. Der Versuch dauerte ein ganzes Jahr. Die Zahl der Kinder betrug:

238 mit Serum; davon starben 7 oder 2 pCt.
245 ohne Serum; „ „ 30 „ 12,2 „ P. HELLAT.

153) **A. Baginski** (Berlin). **Weitere Beiträge zur Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin.** *Daselbst.*

Der Verfasser, dessen Anschauungen den Lesern des Centralblattes wohl schon bekannt sind, fasst seine letzten Beobachtungen in den Schlusssätzen zusammen:

1. Das Heilserum hat sich als ein ganz sicher wirkendes Heilmittel gegen Diphtherie erwiesen, sofern es in ausreichender Menge frühzeitig zur Anwendung kommt.

2. Die Immunisirung der der Infection ausgesetzten Kinder ist mit Rücksicht auf die sichere Heilwirkung des Serums nicht geboten und nur auf Pflegeanstalten und Krankenhäuser zu beschränken.

An der auf den Vortrag folgenden Discussion nahmen Theil: Martin (Genf), Escherich (Graz), Heubner (Berlin), Johannessen (Christiania), Rauchfuss (Petersburg), Monti (Wien), Concetti (Rom), Pawlowsky (Kiew). P. HELLAT.

154) **E. Rauchfuss** (Petersburg). **Ueber die Anwendung des Diphtherieheilserums in Russland und ihre Erfolge.** *Daselbst.*

R. berichtet in umfassender Weise über eine Sammelforschung, die bereits gelegentlich einer anderen Arbeit desselben Verfassers im Centralblatt für Laryngologie erwähnt wurde. Neu in der vorliegenden Arbeit ist die Beschreibung der Heilserumstationen in Russland, deren es im Ganzen 11 giebt. An der Spitze derselben steht das Institut für Experimentalmedicin in St. Petersburg.

P. HELLAT.

155) **Monti** (Wien). **Heilerfolge des Heilserums bei Diphtherie.** *Daselbst.*

Auf Grund von 247 diphtheriekranken Kindern mit einer Gesammtsterblichkeit von 17pCt. behauptet M. den günstigen Einfluss des Heilserums. M. ist kein Anhänger von allgemeinen Statistiken. Zur genaueren Beurtheilung der Erfolge ist eine Eintheilung in leichte, mittelschwere und schwere Formen erforderlich. Am wenigsten leistet das Serum bei der letzten Gruppe — 76 pCt. Sterblichkeit.

P. HELLAT.

156) **L. Przedborski** (Lodz). **Statistischer Bericht über die im Lodzer israelitischen Krankenhause vermittelst des Behring'schen Heilserums in den letzten Jahren bei Croup und Diphtherie erzielten therapeutischen Erfolge.** *Daselbst.*

P. weist vor allen auf die Resultate hin, welche bei den Tracheotomirten vor und während der Serumperiode erzielt wurden. In den 2 der Serumperiode vorhergehenden Jahren betrug die Mortalität 48,3 pCt., in den Serum-Jahren 24,4 pCt.

P. HELLAT.

157) **Martinez Vargas** (Barcelona). **Beitrag zur Lehre von der Immunität bei der Diphtherie. (Contribution à la doctrine de l'immunité dans la diphthérie.)** *Daselbst.*

V. ist der Meinung, dass die Diphtherie nach einer überstandenen Diphtherie nicht sehr häufig ist, aber doch vorkommt und sogar einen schwereren Verlauf nehmen kann, als das erste Mal. Diese Anschauung wird durch einen tödtlich verlaufenen Fall (trotz Serum) illustrirt.

P. HELLAT.

158) **Romniciano** (Bukarest). **Die üblen Zufälle der Serumtherapie bei Diphtherie. (Des accidents de la sérothérapie dans la diphthérie.)** *Daselbst.*

R. führt aus, dass das Serum kein Präventivmittel ist; daher spricht er sich gegen die Anwendung desselben vor voller Sicherstellung der Diagnose aus.

P. HELLAT.

159) **John M. Maury. Ein Anfall von Diphtherie am 96. Tage nach Immunisirung durch Serum. (An attack of diphtheria on the ninety sixth day after the administration of an imunizing dose of antitoxin.)** *Memphis Lancet. Juni 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche.

EMIL MAYER.

160) **Palmer H. Lyon. Serum bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Das Serum soll frühzeitig gegeben und alle Personen, die der Ansteckung ausgesetzt sind, sollen immunisirt werden.

EMIL MAYER.

161) **Ward B. Whitcomb. Die Darreichung von Serum per os. (The administration of antitoxin by mouth.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Verf. berichtet über den Fall eines Erwachsenen, dem er das Serum per os gab. Derselbe genas. EMIL MAYER.

162) **E. A. Crain. Serum bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *The Medical Fortnightly. 1. Juni 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

163) **M. A. Albl. Erfahrungen mit dem Diphtherieserum an 69 Fällen. (Observations on the use of antitoxin in the treatment of diphtheria based on experience with sixty-nine cases.)** *Cleveland Medical Gazette. Juni 1899.*

A.'s Erfahrungen sind sehr günstige. Nach seiner Meinung kommt die Krankheit innerhalb 24 Stunden zum Stillstand. Die Behandlung soll durch Wiederholung der Injectionen fortgesetzt werden, bis vollständige Heilung erzielt ist. EMIL MAYER.

164) **R. M. Harbin. Sieben Fälle von diphtheritischem Croup; zwei durch Serum abortiv geheilt und 5 durch Serum und Intubation geheilt. (Seven cases of diphtheritic croup — two aborted by antitoxin and five cured by antitoxin and intubation.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Juni 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Nöthige. EMIL MAYER.

165) **Charles Bolton. Die Complicationen der Serumbehandlung der Diphtheritis. (The complications of the serum treatment of diphtheria.)** *New York Lancet. Juni 1899.*

Bei 43,2 pCt. der Injicirten traten Ausschläge auf, bei 7,4 pCt. Schmerzen, 3,6 pCt. Fieber und 1,3 pCt. Abscess. Eine Infiltration um die Injectionsstelle wurde bei 8 pCt. der Fälle verzeichnet und 1 Fall von Scharlach und Diphtherie zeigte eine Nekrotisirung der Injectionsstelle. Dieser Patient starb.

EMIL MAYER.

166) **J. N. Love. Einige Gedanken über Diphtheritis. (Some thoughts on diphtheria.)** *Medical Mirror. Juni 1899.*

Verf., welcher der Serumtherapie mit grosser Zurückhaltung gegenüber trat, ist ein enthusiastischer Anhänger derselben geworden. EMIL MAYER.

167) **Wm. A. Clark. Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

„Man hat gesagt, wir wissen nicht, was das Serum ist oder wie es wirkt, ob es nützlich oder schädlich ist. Meine Antwort ist einfach die des Blinden, der durch ein Wunder des Herrn sein Augenlicht wiederbekommen hatte und dem man dann sagte, sein Wohlthäter sei ein Sünder. „Ob es ein Sünder ist oder nicht", antwortete dieser, „das weiss ich nicht. Eins aber weiss ich: Früher war ich blind und jetzt sehe ich." LEFFERTS.

168) **W. W. Lambert. Sechszehn Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Sixteen cases of serum-treated diphtheria.)** *The Canadian Practitioner and Review. Juni 1899.*

15 von den 16 Fällen wurden geheilt. EMIL MAYER.

169) **F. E. Sampson. Einige Erfahrungen mit der Intubation. (Some experiences with intubation.)** *The Medical Herald. Juni 1899.*

S. berichtet über seine verschiedenen Erfahrungen. Bei sehr schwachen Patienten ist er dafür, in vornüber geneigter Haltung zu intubiren; ist die Athmung langsam, unregelmässig und krampfhaft, so soll unter localer Anästhesie oder ohne jedes Narcoticum tracheotomirt werden. EMIL MAYER.

170) **A. E. Mitchell. Intubation gegen Tracheotomie bei der Diphtherie. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *Kansas City Medical Record. Juni 1899.*

M. führt 5 Gründe gegen die Intubation an. EMIL MAYER.

171) **Chas. J. Whalen. Ein neues Instrument für die Intubation. (A new intubation instrument.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Der O'Dwyer'sche Extubator mit einem verlängerten und gezahnten laryngealen Ende, für die Intubation und Extubation brauchbar. EMIL MAYER.

172) **Tsakiris** (Paris). **Modificationen der O'Dwyer'schen Instrumente. (Modifications des instruments d'O'Dwyer.)** *Verhandlg. d. XII. internat. Congr. zu Moskau.*

Die Hauptveränderung besteht in der Anwendung von Aluminium statt Kupfer.

P. HELLAT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

173) **Johnson Symington** (Belfast). **Die Knorpel des Kehlkopfs der Monotremen. (The cartilages of the monotreme larynx.)** *The Journal of Anatomy and Physiology. Vol. 34. 1899.*

Aus dieser Arbeit, die von bedeutendem entwicklungsgeschichtlichem Interesse ist und im Original studirt werden sollte, sei hervorgehoben, dass der Verfasser sich nach seinen Studien am Kehlkopf der Echidna und des Ornithorhynchus der Ansicht von Nicolas und Kallius anschliesst, dass der Schildknorpel aus der Verschmelzung zweier lateraler Kiemenbögen hervorgeht. Diese Anschauung würde, wenigstens theilweise, den merkwürdigen Fall von Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre erklären, welchen der Referent im Jahre 1892 vor der Clinical Society of London demonstrirte und der im Centralblatt Bd. IX. pp. 609, 610 ausführlich beschrieben worden ist. Damals vermochte Niemand eine befriedigende Erklärung des Umstandes zu geben, dass in diesem Falle die beiden Schildknorpelhälften vorn nur mittelst einer dünnen ligamentösen Verbindung

zusammenhingen, und dass die rechte Hälfte des Schildknorpels die linke überragte. Die entwicklungsgeschichtlichen Studien von Nicolas, Kallius und Symington erklären die Anomalie in ungezwungester Weise. FELIX SEMON.

174) **Galatti** (Wien). **Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfs.** Aus d. anatom. Institut d. Prof. Zuckerkandl. *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Aus den Untersuchungen ergeben sich mancherlei Variationen in Bezug auf die Entwickelung, sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Kehlköpfen, die offenbar individuelle Bildungen darstellen. So waren die weiblichen Kehlköpfe in den ersten zwei Lebensjahren weiter vorgeschritten, als die männlichen gleichen Alters. Gegen Ende des Kindesalters hingegen war das Verhältniss umgekehrt. — Von Anomalien fand G. die Selbstständigkeit des oberen Schildknorpelhornes in zwei Fällen. Beim kindlichen Kehlkopfe liegt das Zungenbein ganz nahe dem Schildknorpel an. — Beim Neugeborenen ist die Rindknorpelplatte ganz nach rückwärts geneigt, was erst im 4. Lebensjahre sich ändert. — Auch ist die Stimmritze im Kindesalter absolut und relativ schmäler als beim Erwachsenen. — Die Ebene des Ringknorpelringes ist die engste im kindlichen Laryngo-Trachealrohre. CHIARI.

175) **D. Hansemann** (Berlin). **Untersuchungen über die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. Heft 1. 1899.*

H. hat an 7 Föten die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen studirt, indem er Wachsabgüsse des Kehlkopfes herstellte. Er führt den Ventrikel nicht auf eine hypothetische 5. Visceraltasche zurück, sondern erklärt seine Entstehung durch die mechanische Zerrung, welche durch die Ausdehnung des Schildknorpels und das Hinaufsteigen des Zungenbeins veranlasst ist. Die Gestalt der Tasche unterliegt schon beim Fötus gewissen Schwankungen. Beim Erwachsenen variiren die Ventrikel unter einander und auch individuell oft nicht unerheblich; das häufigste ist, dass ein oder beide Ventrikel bis unter die Vallecula reichen, so dass eine eingeführte Sonde sich zwischen Zungengrund und Epiglottis vorbuchtet. Nach H.'s Erfahrung lässt sich dies etwa bei jeder 20. Leiche einseitig oder doppelseitig nachweisen. F. KLEMPERER.

176) **J. Cousin. Anomalie des Kehlkopfs die Athmung verhindernd. (Laryngeal anomaly hindering the establishment of respiration.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Der Kehlkopf war nicht offen; die vollständig ossificirte Epiglottis adhärirte in ihrer ganzen Circumferenz an den unteren Knorpeln. Das Kind starb etwa 25 Minuten nach der Geburt. EMIL MAYER.

177) **E. Berthold** (Königsberg). **Ein Fall von Hermaphrodismus masculinus diagnosticirt mit dem Laryngoskop.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 70. 1899.*

Interessante Geschichte einer 22jährigen kleinen blonden Person mit weiblichem Namen, welche die Poliklinik wegen Halsschmerzen und Heiserkeit auf-

suchte, durch die Breite und Länge ihrer Stimmlippen auffiel und dann bei genauerer Untersuchung als männliches Individuum mit etwas verbildeten Genitalien sich erwies. Auch das Röntgenbild des Kehlkopfs ergab Verhältnisse, wie sie dem männlichen Geschlechte eigen sind. Die Person hat sich später zum geschlechtsreifen Manne entwickelt.

F. KLEMPERER.

178) **N. Lunin. Ueber das Laryngoskopiren bei Kindern.** *Petersburger medic. Wochenschr. No. 40. 1899.*

Eine Besprechung der verschiedenen vorgeschlagenen Methoden. Bei kleinen Kindern giebt nach L. keine ein befriedigendes Resultat. Ein einjähriges Kind ging infolge eines Fremdkörpers in der Trachea zu Grunde, weil es nicht laryngoskopirt werden konnte.

P. HELLAT.

179) **Hunter Mackenzie. Bemerkungen über Kehlkopfgeschwülste bei Kindern. (Remarks on laryngeal growths in children.)** *Brit. Med. Journal. 20. Mai 1899. N. Y. Lancet. August 1899.*

Ein Auszug einer Post Graduate Lecture, die der Verf. in Edinburgh gehalten hat. Er empfiehlt als beste Behandlungsmethode bei Kindern stets die Tracheotomie. Die Zeit der Reconvalescenz muss auf 6 Monate veranschlagt werden.

ADOLPH BRONNER.

180) **John M. Ingersoll. Gutartige Kehlkopfgeschwülste. (Benign laryngeal tumors.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Verf. theilt die Krankengschichten von 7 Fällen mit, 3 Fibrome und 4 Papillome. Der jüngste Patient war 6, der älteste 45 Jahre alt. Die Geschwülste wurden sämmtlich mittelst endolaryngealen Eingriffs entfernt, ihre Basis mit Chromsäure geätzt.

EMIL MAYER.

181) **Compaired. Ein Fall von multiplen Knötchen der Stimmbänder. (A case of multiple nodules of the vocal bands.)** *Memphis Medical Monthly. Juli 1899.*

Der Fall ist von Interesse wegen der Multiplicität der Knötchen, weil es sich um einen Baritonsänger handelte und schliesslich wegen der Toleranz des Stimmorgans, das dem Patienten trotz seines Leidens gestattete, seinem Berufe nachzukommen.

EMIL MAYER.

182) **von Branegoldt. Transplantation von Knorpel in den Larynx. (Transplantation of cartilage into the larynx.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1899.*

Bei einem Kinde, dem papillomatöse Geschwülste mittelst Laryngofissur und Kauter entfernt worden waren, kam es zur Stenose. Er wurde deshalb ein Stück Rippenknorpel mitsammt dem Perichondrium transplantirt und die Intubation gemacht. Der Erfolg war ein vollständiger.

EMIL MAYER.

183) **G. Martuscelli** (Neapel). **Noch eine Amyloidgeschwulst des Larynx. (Di un altro tumore amiloide della laringe.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Januar 1897.*

Verf. hat bereits 2 Fälle dieser Art mitgetheilt (dieselbe Zeitschrift 1896).

Der jetzige Fall betrifft einen jungen Mann von 20 Jahren, der seit einigen Monaten an zunehmender Heiserkeit litt. Bei der Untersuchung constatirte Massei einen kleinen rothen Tumor, der etwas gestielt der Mitte des linken Stimmbandes aufsass. M. giebt genauen Bericht über den mikroskopischen Untersuchungsbefund.

JAMES DONELAN.

184) **Ephraim. Casuistische Mittheilungen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1899.*

Besonders hervorzuheheben ist ein Fall von bedrohlicher Anschwellung einer Kehlkopfgeschwulst durch Gravidität und Entbindung, ein lang gestieltes Sarcom des Kehlkopfes, regressiv veränderte adenoide Vegetationen bei einer 67 jährigen Frau und das Auftreten von Blutungen aus dem Munde und Oedem der Uvula bei Scharlach.

SCHECH.

185) **Keimer. Carcinom nach Gumma des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 2. 1899.*

Mittheilung zweier Fälle, bei denen sich nach vorausgegangener Syphilis ein Carcinom entwickelte; ob hier ein Zufall vorliegt oder ein noch nicht genügend erforschter Zusammenhang muss unentschieden bleiben.

SCHECH.

186) **W. Scheppegrell. Behandlung des incipienten Kehlkopfkrebses. (The treatment of incipient laryngeal cancer.)** *N. Y. Med. News. 5. August 1899.*

Die totale Entfernung alles Erkrankten bietet allein Aussicht auf Erfolg.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

187) **Wölfler. Halbseitige Larynxexstirpation wegen Carcinom.** Verein deutsch. Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. März 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 37. 1899.*

W. macht diese Operation zweizeitig, indem er der Exstirpation die Tracheotomia inferior um einige Tage vorausschickt. Er bespricht die Vortheile einer halbseitigen Exstirpation gegenüber einer totalen, welche namentlich sind: das mögliche Weglassen der Canüle, das normale Schlingvermögen, die Erhaltung einer vernehmlichen Stimme u. A., was alles nach einer Totalexstirpation des Kehlkopfes nicht zu erwarten ist.

CHIARI.

188) **M. Wolkowitsch. Einige Angaben über einen Fall von vollständiger Entfernung des Kehlkopfes wegen Krebs. Dazu einige Bemerkungen über die Vergrösserung der Lymphdrüsen nach Krebsexstirpation. (Neskolko posledowatelnich dannich otnositelno slutschaja polnawo udalenija gortani wsledstwie raka jejo. K etomu sametki otnositelno ubdelitschenija sheles posle udalenija raka.)** *Letopis rus. Chirurg. 2. B. 1899.*

Der Operirte ist seit 2 Jahren gesund; er trägt einen Billroth'schen Kehlkopf. Die Drüsenvergrösserung nach Krebsoperationen hält W. häufig für eine complementäre Erscheinung, hervorgerufen durch die Entfernung von ganzen Drüsensystemen.

P. HELLAT.

189) **W. W. Keen. Zur Technik der Laryngectomie. (The technic of laryngectomy.)** *Philad. Med. Journal. 10. Juni 1899. Journal Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Die Tracheotomie soll unterbleiben; auf diese Weise wird auch eine der Ursachen der septischen Pneumonie ausgeschaltet. Die gesammte Operation wird in der Trendelenburg'schen Position ausgeführt. Die Gerster'sche Tamponcanüle ist die beste. Die Narkose wird zuerst durch den Mund, dann durch die Trachea unterhalten. — Der Patient bleibt nach der Operation noch einen Tag lang in der Trendelenburg'schen Position; am zweiten ist dies nicht mehr nöthig, am dritten kann er aufsitzen. 2 Tage lang werden Nährklystiere gegeben; dann erhält der Patient flüssige Nahrung in kleinen Mengen per os, danach steriles Wasser; am 10. Tage kann er feste Nahrung nehmen. EMIL MAYER.

190) **Rutsch** (Bern). **Die Kocher'schen Radicaloperationen des Larynxcarcinoms.** Berner Dissertation. 1899. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 50. Bd. Heft 5 und 6. 1899.*

Es wird mit chirurgischem Recht postulirt, dass alle Kehlkopfcarcinome möglichst früh diagnosticirt und dann sogleich von aussen exstirpirt werden sollen. Es geht aus der Schrift hervor, dass die Prognose der Operation sich immer mehr bessert, theils in Folge früheren Erkennens, theils wegen verbesserter Operationsweisen.

Nach neueren Statistiken von Hansberg, Wassermann, Kraus, Sendziak und Schmiegelow ergeben sich für die 3 Hauptoperationsformen, drei Jahre lange Beobachtung nach der Operation angenommen:

für Thyrotomie . . . . 12,1 pCt. Radicalheilungen
„ partielle Resection . . . . . 13,7 „ „
„ Totalexstirpation des Larynx 8,9 „ „

Die Gesammtzahl der Fälle dieser Statistiken beträgt 309.

Aehnliches ergeben die neueren Veröffentlichungen von Mikulicz, Chiari und Garré.

Kocher hatte vor 1890 12,5 pCt. Todesfälle durch die Operation,
12,5 „ Radicalheilungen
und nach 1890 8,3 „ Todesfälle,
16,5 „ Radicalheilungen.

Einen guten Theil dieses Fortschritts schreibt Verf. der neuen Operationsweise Kocher's zu; Wegfall der Narkose und Tamponcanüle u. s. w.: Stets Trendelenburge'sche Schräglage mit Roser'scher Hängelage des Kopfes, blosse Localanästhesie durch 1pCt. Cocain-Injection in der Schnittlinie und Pinselung mit Cocain-Antipyrinlösung; einfache Thyreotomie ohne den üblichen Querschnitt unterhalb des Zungenbeins, Nachbehandlung bei gewöhnlicher Trachealcanüle, Jodoformgaze und Ernährung per os.

Die intralaryngeale Exstirpation sollte bei der Vereinfachung der äusserlichen Methode ganz wegfallen. Zur Zeit, wo jene in Betracht kommen konnte, wird man mit einer einfachen Thyreotomie viel besser und viel sicherer und mit nicht viel grösserer Gefahr zum Ziele kommen. Eine intralaryngeale Exstirpation kann nie-

mals sicher sein. Wenn sie schon einmal hochbewährten Händen gelungen ist, so darf man doch 10 mal mehr nicht ganz radical gelungene Versuche ebenso gewandter Hände annehmen, bei welchen dann leicht ein zweiter aber äusserlicher Eingriff erst zu einer Zeit unternommen werden dürfte, wo es schon für eine blosse Thyreotomie oder partielle Resection zu spät sein könnte.

JONQUIÈRE.

191) **Gregor** (Breslau). **Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre (circumscripte Verengerung mit Fehlen der Pars membranacea).** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

Bei einem 5 monatlichen Kind war wegen Stenose der oberen Luftwege die Tracheotomie gemacht worden, Exitus am anderen Morgen.

Die Section ergab: Länge der Trachea 48 cm, in der Höhe der obersten Ringknorpel und Bifurcation normale Weite, aber fast genau in der Mitte zeigte sich eine Verengerung, so dass die Figur einer Sanduhr zu Stande kam. In diesem Bezirke fehlte die Pars membranacea.

SEIFERT.

192) **H. v. Schrötter** (Wien). **Zur Kenntniss der Knochenneubildung in der Luftröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1899.*

Nach Anführung der spärlichen Literaturangaben über diese seltene Erkrankung beschreibt v. Sch. einen Fall von klinisch diagnosticirten Exostosen und Ecchondrosen der Trachea. Dem hinteren Theile der rechten Wand sass ungefähr in der Höhe des achten Trachealringes ein weisser, durchleuchtbarer, über erbsengrosser Tumor auf, während links im untersten Theile der Trachea zwischen und entsprechend den Ringen sitzende Höckerchen und Knötchen wahrzunehmen waren. In einigen Sitzungen wurden mit der scharfen Schrötter'schen Pincette Theile dieser Tumoren entfernt, die histologisch als Exostosen und Ecchondrosen bestätigt wurden. Es war zur Bildung eines förmlichen knöchernen Gehäuses gekommen, dessen Räume von Fettmark erfüllt waren. — Einige Partien in den Präparaten sprechen für die Histogenese der Knochenhöcker aus Knorpelwucherungen andere aber auch für neoplastische Knochenbildung.

CHIARI

193) **A. Sicard. Tiefe tracheale Analgesie bei Tabikern. (Analgésie trachéale profonde chez les tabétiques.)** *Société médicale des Hôpitaux. 17. Februar 1899.*

Bei Gesunden verursacht die Percussion oder Compression der Trachea unterhalb des Ringknorpels eine besondere Angstempfindung, die sich bis zur Syncope steigern kann.

Bei gewissen Krankheiten des Nervensystems (Tabes, allgemeine Lähmung, Hysterie) fehlt dieses ängstliche Gefühl bei Druck. Dieses Faktum steht im Einklang mit anderen Erscheinungen von visceraler Analgesie, die bei Tabes constatirt worden sind.

PAUL RAUGÉ.

194) **A. Fraenkel. Tracheales Schlagen. (Tracheal tugging.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 1. Juli 1899.*

Man fasst die Kehlkopfknorpel zwischen den ersten und zweiten Finger und

übt einen leichten Druck von unten nach oben bei möglichst weit nach hintenübergebeugtem Kopfe aus. Man fühlt dabei, wenn ein Aneurysma des Aortenbogens besteht, ein pulsationsähnliches Schlagen, das nach unten hin dringt. Das Zeichen, das freilich nicht in allen Fällen zu constatiren ist, spricht fast sicher für Aneurysma.

EMIL MAYER.

195) **Preindlsberger** (Serajevo). **Ein Fall von Trachealstenose durch ein Aortenaneurysma. Tracheotomie. Exitus ein Jahr später.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1899.*

Tiefe Tracheotomie, nach Einlegen der Canüle keine Erleichterung in der Athmung — Anfertigung einer eigens für diesen Fall construirten Canüle. — Die ein Jahr später vorgenommene Obduction ergab das Vorhandensein eines Dehnungsaneurysmas, hervorgerufen durch hochgradige Arteriosclerose, welches die Trachea in ihrem untersten Antheile comprimirte, weswegen eben nur eine eigens lange und weiche Canüle Erleichterung bringen konnte.

CHIARI.

196) **Schulz** (Berlin). **Zur Behandlung der Trachealstenosen.** *Berliner klinische Wochenschr. 29. 1899.*

Der 18jährige Pat. war im 4. Lebensjahre wegen Diphtherie tracheotomirt worden. Mit 15 Jahren stellten sich Stenosenerscheinungen ein und lautes Schnarchen im Schlaf (durch Parese der Postici in Folge von CO_2-Intoxication, wie Verf. vermuthet). Bei der Aufnahme in die Gerhardt'sche Klinik wird als Ursache der Athmungsstörungen eine Stenose der Trachea in der Höhe des fünften Knorpelringes erkannt. Verschlimmerung des Leidens in Folge eines acuten Catarrhs und Anschwellung der Schilddrüse. Verf. beginnt die Behandlung mit Einführung von Gummibougies, die er später durch biegsame Röhren aus spiralig gewundenem Neusilberbande ersetzt. Der Erfolg ist sehr befriedigend: Athemmangel kaum bemerkbar, Schnarchen nahezu völlig verschwunden.

ZARNIKO.

197) **Ch. Lévi. Sarcomatöser Tumor der Trachea und sarcomatöse Degeneration der Mandel. (Tumeur sarcomateuse de la trachée. Dégénérescence sarcomateuse de l'amygdale.)** *Société anatomique de Paris. April 1897.*

Weisser, nicht erweichter Tumor, der drei Viertel vom Umfang der Trachea einnimmt und bei der histologischen Untersuchung als Sarcom sich erweist. Die linke Mandel bietet Degenerationserscheinungen derselben Art dar. Der Kranke starb plötzlich an Dyspnoe, ohne Erscheinungen von Seiten des Larynx.

PAUL RAUGÉ.

198) **G. Aue. Plastischer Verschluss der Trachealdefecte. (Plastitscheskoe sakritie defektow trachei.)** *Letopis rusk. Chirurg. 3. B. 1899.*

Mittheilung eines Falles, in welchem Sklifasowski bei einem 14jährigen Knaben, der 11 Jahre die Canüle trug, den Defect in der Cartil. cricoidea und den 5 obersten Trachealringen vermittelst eines Hautknochenlappens aus der Sternalgegend mit Erfolg verschloss. Der Knochen wurde von beiden Seiten zunächst in die Haut eingenäht und dann dieser Lappen in den Trachealdefect im-

plantirt. Der Larynx musste für die Athmung durch Schrötter'sche Sonden frei gemacht werden.

P. HELLAT.

199) **W. S. Jones** und **W. W. Keen. Zwei ungewöhnliche Fälle von Luftröhren-Chirurgie. (Surgery of the trachea Two unusual cases.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899. Philad. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

Fall 1. Selbstmordversuch durch Halsdurchschneidung gefolgt von vollständigem Verschluss der Trachea durch ein Diaphragma oberhalb der Canüle, seit 13 Monaten bestehend. Athmung durch den Larynx und Sprechen völlig unmöglich. Durchtrennung des Diaphragma und Naht der Trachea stellen die normale Athmung und Stimme wieder her.

Fall 2. Strictur der Trachea, erfolgreich operirt durch Längsspaltung der Trachea, Excision der Strictur nach Zurückpräparirung der Schleimhaut und unmittelbare Vernähung der Wunde, die per primam heilt.

EMIL MAYER.

200) **Holzknecht** (Wien). **Bronchialstenose.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

Demonstration einer rechtsseitigen Bronchialstenose mit radioskopisch sichtbarer, hochgradiger inspiratorischer Dislocation des Herzens und der grossen Gefässe in die kranke Thoraxhälfte.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

201) **Moussu. Einfluss der Schilddrüse auf das Wachsthum. (Influence du corps thyroide sur la croissance.)** *Société de Biologie. 25. März 1899.*

Man weiss, dass die Abtragung der Schilddrüse beim Thiere das Wachsthum zurückhält und Cretinismus erzeugt. M. hat nun im umgekehrten Sinne experimentirt. Er fütterte junge Thiere regelmässig mit Schilddrüse und beobachtete danach bei Hunden und Katzen ein schnelleres Wachsthum, als es Vergleichsthiere zeigten, die von demselben Gewicht waren und bis auf die Schilddrüsenzufuhr unter denselben Bedingungen gehalten wurden. Die Grössenzunahme der Versuchsthiere machte sich besonders in der Länge geltend; die jungen Hunde bekamen den Typus des Windspiels. Die Thiere wurden cachectisch, wenn die gereichte Dosis auf 10 g stieg.

PAUL RAUGÉ.

202) **J. A Anderson** u. **Bergman** (Stockholm). **Ueber den Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen.** *Skandin. Arch. f. Physiol. VIII. S. 326—346. 1898.*

Die Arbeit ist rein experimentell-physiologischer Natur.

SCHMIEGELOW.

203) **Gley** (Paris). **Ueber Parathyroiddrüsen. (Sur les glandules parathyroides.)** *Comptes rendus du XII. Congrès intern. Vol. II.*

G. glaubt, dass die Function der Parathyroiddrüsen dieselbe sei, wie die der Thyroidea selbst. Er fand in den ersteren noch mehr Jod als in der letzteren.

P. HELLAT.

204) **Moussu. Therapeutische Wirkung der Nebenschilddrüsen. (Action thérapeutique des glandules parathyroides.)** *Société de Biologie. 25. März 1899.*

M. erprobte in Gemeinschaft mit Charrin die Wirkung der Nebenschilddrüsen in einem Falle von Myxödem und in einem Falle von Basedow'scher Krankheit. In ersterem war der Effect kein befriedigender. Im zweiten schienen die Resultate günstig, obgleich es sich um ein tuberculöses Individuum handelte. Gegeben wurden 8 Nebenschilddrüsen vom Pferde pro Tag, 40 Tage lang mit einigen Tagen Pause.

PAUL RAUGÉ.

205) **Leon Mabille. Arsenic als Corrigens für die Thyroid-Medication. (Arsenic as a corrigent of thyreoid medication.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

M. fand, dass Fowler'sche Lösung, in einer Menge von 5—15 Tropfen täglich gegeben, die Tachycardie, die nervösen Störungen und die Gewichtsabnahmen, welche bei Schilddrüsenmedication leicht eintreten, zu verhüten im Stande ist.

LEFFERTS.

206) **G. Kapsamer. Cystenkropf, ausgehend von einem papillären Cystadenom einer Nebenschilddrüse.** Aus der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien. *Wien. klin. Wochenschr. No. 17. 1899.*

Der Titel besagt den Inhalt der Publication dieses seltenen Vorkommnisses.

CHIARI.

207) **F. Kraus** (Graz). **Ueber das Kropfherz.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1899.*

Wird auf das Original verwiesen.

CHIARI.

208) **Chas. Greene Cumston. Sarcom der Schilddrüse. (Sarcoma of the thyroid gland.)** *Philad. Monthly Med. Journal. Mai 1899.*

Bericht über einen mit gutem Resultat operirten Fall. Ein sarcomatöser Herd wurde im unteren Theil der Drüse gefunden. Frühere Erkennung dieser Krankheit müsste ihre Mortalität stark herabsetzen.

EMIL MAYER.

209) **C. Ewald** (Berlin). **Die physiologische Pathologie des Myxoedems.** *Compt. rendus du XII. Congrès intern. Bd. II. Sect. III.*

E. nimmt an, dass die Thyreoidea eine fermentartige Substanz liefert, die den Stoffwechsel direct oder indirect durch Vermittelung des Nervensystems regelt. Das Myxödem ist folglich ein durch den Ausfall dieser Substanz entstandener pathologischer Zustand, der in einer Schädigung des Stoffwechsels besteht.

P. HELLAT.

210) **E. Gley** (Paris). **Die pathologische Physiologie des Myxoedems. (Physiologie pathologique du myxoedème.)** *Comptes rendus du XII. Congrès intern. Bd. II. Sect. III.*

G. vertritt denselben Standpunkt (vergl. das vorh. Ref.); seine Arbeit ist für ein kurzes Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

211) **R. Kirk. Acute Affectionen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Frühstadium des Myxoedems. (On acute affections of the skin and mucous membrane of the mouth in an early stage of myxoedema.)** *Lancet. 4. März 1899.*

2 Krankengeschichten. Eine Frau von 35 Jahren, die K. im Jahre 93 zuerst sah. Pharynx und Uvula waren stark geschwollen. Nach Thyroidanwendung Besserung. Auch die Hände zeigten Anschwellung. Beim zweiten Patienten war nur die Haut afficirt, der Hals war frei.

ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

212) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Gebiss im thoracalen Abschnitt des Oesophagus eingekeilt. Tracheo-Oesophagealfistel. Aeussere Oesophagotomie. Heilung. (Dentier implanté dans la portion thoracique de l'oesophage. Fistule trachéo-oesophagienne. Oesophagotomie externe. Guérison.)** *Province méd. 26. November 1898.*

Da der Fremdkörper Erstickungsanfälle verursachte, wurde von 4 Aerzten hinter einander versucht, das Gebiss in den Magen herabzustossen. Nach einigen Tagen stellten sich jedesmal beim Schlucken Hustenanfälle mit Expectoration von Nahrungstheilen ein. G. schliesst daraus auf das Bestehen einer Luftröhren-Speiseröhren-Fistel.

Nachdem durch Radiogramm die Anwesenheit des Gebisses 25 cm hinter der Zahnreihe festgestellt war, wurde die Oesophagotomia externa möglichst tief gemacht und nach mehrfachen Bemühungen das Gebiss mittelst der Zange glücklich extrahirt. Der Kranke verliess die Anstalt nach kurzem geheilt; von der Fistel war kein Zeichen mehr vorhanden.

Der Verf. weist darauf hin, dass sein Fall vielleicht der einzige ist, bei dem eine Tracheo-Oesophagealfistel nicht zum Tode führte. Auch macht er auf das Irrationelle der anfänglichen Behandlung aufmerksam. Fremdkörper von der Art eines Gebisses sollen nicht herunter gestossen, sondern extrahirt werden und dazu ist das Messer dienlicher, als das gefährliche Graefe'sche Instrument.

PAUL RAUGÉ.

213) **A. Trifiletti** (Neapel). **Ein Fall von syphilitischer Oesophagusstenose. (Sopra un caso di stenosi esofagea sifilitica.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. Januar 1897.*

T. giebt eine ausführliche Literaturübersicht. Sein eigener Fall betrifft einen 28jährigen Mann, dessen Anamnese nichts von venerischer Erkrankung angiebt, als eine Balanitis im 17. Lebensjahre. Mit 18 Jahren heirathete der Patient und seine Frau blieb anscheinend gesund, bis sie im vergangenen Jahre einen Gummiknoten am rechten Femur bekam, der abscedirte und spontan aufbrach. Die Untersuchung des Mannes ergab eine complete Verwachsung zwischen Gaumensegel und und hinterer Rachenwand. Massei eröffnete mittelst des Galvanokauters die Passage des Nasenrachens und es fand sich nun, dass noch eine

zweite Stenose im oberen Ende des Oesophagus bestand. Dieselbe liess eine gewöhnliche Sonde nicht durch. Es wurde eine Colin-Verneuil'sche Sonde eingeführt und unter gleichzeitiger antiseptischer Behandlung bis No. 3 dilatirt.

JAMES DONELAN.

214) **Ino H. Larkin. Geschwülste der Speiseröhre. (Tumours of the oesophagus.)** *N. Y. Med Record. 25. Februar 1899.*

3 Fälle von Epitheliom des Oesophagus.

LEFFERTS.

215) **Herbert A. Bruce. Maligne Erkrankung des Oesophagus. (Malignant disease of the oesophagus.)** *Canadian Practitioner and Review. Febr. 1899.*

36jährige Frau, die 9 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome starb. Die Section und die mikroskopische Untersuchung ergaben ein glanduläres Carcinom, das in den Schleimdrüsen der Speiseröhre seinen Ursprung hatte.

EMIL MAYER.

216) **Joseph Mc Farland. Tod durch Lungengangrän bei einem Falle von Oesophaguscarcinom mit Perforation in den rechten Bronchus. (Gangrene of the lung and death; carcinema of the oesophagus with perforation of the right bronchus.)** *Proceedings of the Pathological Society of Philad. Februar 1899.*

Demonstration der Präparate.

EMIL MAYER.

217) **J. G. Finley** und **D. P. Anderson. Carcinom der Speiseröhre mit tödtlicher Blutung aus der Art. subclavia. (Carcinoma of the oesophagus with fatal hemorrhage from the subclavian artery.)** *Montreal Medical Journal. Februar 1899.*

Der Patient hatte complete Lähmung des linken Stimmbandes und verringerte Adduction des rechten gezeigt. Die Autopsie ergab eine gangränöse Lungencaverne, in die hinein die Arterie rupturirt war.

EMIL MAYER.

218) **J. Holinger. Oesophaguscarcinom und Leptothrix. (Esophageal carcinoma and leptothrix.)** *Chicago Med. Recorder. Mai 1899.*

Vorstellung eines Patienten.

EMIL MAYER.

219) **J. W. Elliot. Fälle von Fremdkörper im Oesophagus durch X-Strahlen localisirt. (Cases of foreign body located in the esophagus by x ray photographs.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

In Fall 1 wurde eine Münze mittelst Radiogramm localisirt und durch Operation von aussen entfernt; der Pat. genas.

In Fall 2 wurde ein kleines Pfeifchen durch X-Strahlen im Oesophagus festgestellt. Nach vorsichtiger Sondirung ergab das Radiogramm, dass das Pfeifchen jetzt im Magen lag. Nach 6 Tagen, in denen täglich untersucht wurde, war der Fremdkörper verschwunden. Verf. nimmt an, dass er aufgelöst wurde.

EMIL MAYER.

220) **Morestin. Spontane Ausstossung eines verschluckten Gebisses mit dem Stuhl. (Expulsion spontanée par l'anus d'un ratelier degluté.)** *Soc. anatom. Paris. 24. März 1899.*

34jähriger Mann verschluckte das Gebiss im Schlafe. Die Radiographie er-

gab kein Resultat. Man entschloss sich, vorläufig den weiteren Verlauf abzuwarten und fand den Fremdkörper nach $4^1/_2$ Tagen im Stuhlgang wieder.

PAUL RAUGÉ.

221) **Lejars** (Paris). **Gastrotomie wegen Fremdkörper im Oesophagus. (Gastrotomie pour corps étranger de l'oesophage.)** *Académie de Méd. 10. Januar 1899.*

Junges Mädchen hatte in einem Anfall von Delirien eine ganze Reihe Sousstücke verschluckt. Das Radiogramm zeigt einen Haufen derselben im unteren Theil der Speiseröhre liegend. Es wird die Gastrotomie gemacht und dann eine Sonde von unten nach oben in die Speiseröhre eingeführt. Auf diese Weise werden fünf 10 Centimesstücke und ein 5 Centimesstück in den Magen gebracht und von da entfernt. Die andern Münzen — es waren im ganzen 18 Stück — gingen mit dem Stuhl ab.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Februar 1899.

Petersen stellt einen Pat. mit hereditärer Lues vor, bei dem neben ausgedehnten Destructionen in der Nase und specifischen Narben am Rachen ein Defect des rechten Taschenbandes und im linken ein ovaler ca. 0,5 cm langer und 2 bis 3 mm breiter lochförmiger Defect zu sehen ist. Das Loch zeigt keine Communication mit dem Sin. pyriform. oder dem Ventricul. Morg.

A. Rosenberg bezweifelt die specifische Ursache dieses Defectes; seine Aehnlichkeit mit den angeborenen Löchern in den Gaumenbögen, vor allem aber das Fehlen jeder Narbe am Rande und in der Nähe des Loches legen ihm die Vermuthung eines angeborenen Defectes auf.

Herzfeld giebt diese Möglichkeit zu, wiewohl das gleichzeitige Vorhandensein specifischer Narben auf der anderen Seite des Kehlkopfes ihm die Entstehung aus syphilitischer Ursache wahrscheinlich macht.

Alexander: Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.

A. erzielte mit diesem Mittel Erfolge bei:

1. chronischem Rachencatarrh und zwar bei den zwischen hypertrophischen und atrophischen Processen stehenden Uebergangsformen sowie bei gleichzeitigem Ergriffensein der Nase, des Nasenrachens und des Kehlkopfes. Es wird dabei der Pharynx mit 1 proc. wässriger Lösung gepinselt, in den Larynx $^1/_2$ proc. Lösung

eingespritzt und für die Nase 1 proc. Lösung mit 10—25 pCt. Glycerin mittelst Sprays angewendet;

2. uncomplicirten Eiterungen der Schleimhaut einer Nebenhöhle, sofern das Medicament wirklich mit der Schleimhaut in Berührung kommen kann; hier ist es von hervorragender Bedeutung. Nach Reinigung der Höhle mit sterilem Wasser werden durch dieselbe 50 ccm einer 5proc. wässrigen Protargollösung durchgespritzt;

3. bei Coryza vasomotoria und dem ihr verwandten Heuschnupfen; Massage der Nasenschleimhaut mit 1—5 proc. Protargollösung. Hier beseitigt das Mittel bisweilen die Coryza, wenn alle anderen Heilungsmethoden versagen. Wenn es hier überhaupt seine Wirkung entfaltet, so ist dies meist bereits nach 3—4 Sitzungen der Fall. (Discussion wird vertagt.)

Scheier: Zur Section des Nasenrachenraums.

Hautschnitt etwas unterhalb des Kinnes beginnend in der Medianlinie bis zur Symphyse u. s. w.; wie sonst üblich Eröffnung des Mundbodens dicht hinter dem Unterkiefer in der Mitte, Durchtrennung der zur Zunge gehenden Musculatur, indem man sich mit dem Messer immer dicht an der Innenseite des Unterkiefers hält bis zum Winkel desselben beiderseits. Darauf Herunterziehen der Zunge unterhalb des Kinns.

Nun geht man, indem man durch Herunterlegen eines Klotzes unter den Nacken den Kopf der Leiche stark nach hinten beugt, mittelst eines frontalen Schnittes zwischen hartem und weichem Gaumen dicht am Knochen in die Nasenhöhle hinein bis auf die Schädelbasis und seitlich bis an die medianen Lamellen der Keilbeinflügelfortsätze. Hierdurch wird der hintere Theil der Nasenhöhle, also die eigentlichen Choanen von deren vorderem Theil abgetrennt. Hierauf Abtrennung der hinteren Pharynxwand von der Wirbelsäule, indem man die Halsorgane nach vorne zieht soweit, bis man auf die Fibrocartilago basilaris kommt. Mittelst eines Knorpelmessers Loslösung des Rachendaches erst auf der einen, dann auf der anderen Seite.

Am herausgenommenen Präparate kann man nunmehr von vorne her durch die Choanen den ganzen Nasenrachenraum mit Pharynxtonsille u. s. w. besichtigen. Den knorpligen Theil der Tube bekommt man fast zum grössten Theil am Präparat mit heraus.

Benda: Ueber die Structur der Flimmerzellen.

Die Untersuchung der Flimmerzellen an Mollusken, der Pharynxschleimhaut des Frosches und den Nasenpolypen eines Menschen haben B. gezeigt, dass die Flimmerhaare der letzteren mit reihenförmig angeordneten durch feine Fäden, analog den Stäbchen bei den Mollusken, mit einander verbundenen Körnchen stehen, die vom Saum der Flimmerhaare in den Zellleib hineingehen; Körnchen und Fäden zeigen dieselbe Zusammensetzung (chondriogen).

Das motorische Element dieser beweglichen Zellen ist nach ihm dieser körnige aus dem Protoplasma der Zelle stammende Bestandtheil. Die Flimmerhaare

selbst sind nicht contractil; vielmehr werden sie von innenher durch das kinetische Element der Körnchen zum Flimmern gebracht.

Sitzung vom 17. März 1899.

Herzfeld stellt eine Patientin mit einer doppelten Perforation der Nasenscheidewand in Folge von Syphilis vor.

Discussion über den Vortrag Alexander's: Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.

Herzfeld verwendete $^1/_2$—1 proc. Lösungen zu Spülungen oder in Tampons bei Ozaena, ohne eine besondere Heilkraft dieses Mittels zu beobachten.

Flatau sieht in der geringeren Intensität der Reaction nach intralaryngealen Einspritzungen von Protargollösungen eher einen Nachtheil und glaubt, dass die wunderbare Wirkung des Mittels bei Reflexneurosen eine psychische ist.

Alexander hat bei Ozaena ebenfalls keine besonderen Erfolge gesehen, dagegen wurden mehrere Fälle von Coryza vasomotoria sehr günstig beeinflusst.

Brühl: Die anatomischen Darstellungsweisen der Nebenhöhlen der Nase.

In Vergleichung mit den anatomischen Darstellungsweisen des knöchernen Labyrinths bespricht der Vortragende die Präparations- und Corrosionsmethoden der Nebenhöhlen. Zweckmässiger und einfacher erscheinen ihm die von ihm im Jahre 1896 aus Wien veröffentlichten Methoden der Quecksilberinjection zunächst des Labyrints, später auch der Nebenhöhlen; der Knochen wird entkalkt und durchsichtig gemacht. Zur Darstellung der Hohlräume in Ohr und Nase bedarf es keiner weiteren Vorbereitung als Füllung derselben mit Quecksilber, um mittelst der Röntgenphotographie Uebersichtsbilder zu erhalten.

Vortragender hat bereits im October 1896 derartige Bilder des Gehörorgans in Wien demonstrirt (früher als Guilloz, Revue hebdom. de Laryng. 1899). B. erläutert seinen Vortrag durch Demonstration von Corrosions-, Quecksilberinjectionspräparaten und Radiogrammen von Ohr und Nase. A. Rosenberg.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 6. Januar 1899.

Vorsitzender: Mr. Butlin.

St. Clair Thomson: Chronische noduläre Laryngitis bei einem 15jährigen Knaben.

Redner zeigt einen typischen Fall von nodulärer Laryngitis in der Kindheit, wie sie Moure (Bordeaux) beschrieben hat. Nur fehlt seinem Falle jedes Zeichen

von Stimmanstrengung oder -missbrauch. Die Heiserkeit scheint sich zurückzuschreiben auf einen Croupanfall in früher Jugend. Man sieht eine rundliche Verdickung auf der oberen Fläche des Stimmbandes an der Vereinigung des vorderen und mittleren Drittels desselben. Mit localen Applicationen wurde keine Besserung erzielt; Redner hat deshalb jetzt volle Stimmenthaltung angeordnet.

F. de Havilland Hall glaubt, dass es sich im vorgestellten Falle um eine chronische Laryngitis infolge von Nasenverstopfung handelt.

St. Clair Thomson: Zwei Fälle von chronischer Laryngitis mit genauer Begrenzung auf das rechte Stimmband, wahrscheinlich tuberculösen Charakters.

Redner stellt 2 Patienten vor, eine junge Frau, die seit über 1 Jahr heiser ist, und einen Mann, der seit 9 Monaten heiser ist. Bei beiden sind tuberculöse Erscheinungen auf den Lungen nicht nachweisbar. Beide zeigen ein röthliches, fleischartiges Aussehen des rechten Stimmbandes mit Granulationen, die aus dem Morgagni'schen Ventrikel hervorzugehen scheinen, also ein Bild, wie es Horne bei seinen histologischen Untersuchungen über die Frühstadien der Kehlkopftuberculose beschrieben hat.

F. de Havilland Hall hält das Bild in dem einen der Fälle für charakteristisch für Tuberculose.

Clifford Beale bestätigt, dass die Beschränkung einer derartigen Affection auf eine Seite stets sehr gravirend für Larynxtuberculose ist.

Tilley entsinnt sich ebenfalls eines Falles von offenbarer Tuberculose, bei dem nur ein Stimmband congestionirt und granulirt war.

St. Clair Thomson meint, dass die Einseitigkeit der Affection bei dem Fehlen von Syphilis oder Neubildung, zugleich mit dem negativen Erfolg der vorgeschriebenen und durchgeführten Ruhe die Diagnose auf einfache Laryngitis ausschliesst.

Sir Felix Semon hat die diagnostische Bedeutung der auf ein Stimmband beschränkten Congestion stets betont; doch will er auf dieses Symptom allein eine bestimmte Diagnose nicht gründen. Nicht nur bleibt die Entscheidung zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Neubildung bei einseitiger Congestion offen, sondern Redner entsinnt sich auch einer zwar kleinen, aber zweifellos vorhandenen Anzahl von Fällen, bei denen solcher isolirten Congestion später keine ernstere Entwicklung folgte. Er betrachtet die einseitige Congestion als ein Warnsignal.

Scanes Spicer: Ein Fall von chronischem Empyem der Highmorshöhle geheilt durch Radicaloperation

In dem vorgestellten Falle hat eine Fistel mit Ausfluss seit 8 Jahren bestanden. Bei der Untersuchung ergab sich ein Defect in der knöchernen Vorderwand des Antrum und beim Incidiren der Weichtheile fand man die Höhle erfüllt von käsigem Eiter und polypoïdem Gewebe. Das Antrum wurde curettirt und die Wand nach der Nasenhöhle, welche ebenfalls defect war, breit perforirt. 3 Wochen lang wurden Irrigationen gemacht; jetzt ist der Fötor und die Eitersecretion beseitigt.

Scanes Spicer: Demonstration von nekrotisirtem Knochen, Polypen und Gewebstrümmern, die von einem Falle von chronischem Empyem der Highmorshöhle stammen, der durch Radicaloperation in 8 Wochen geheilt wurde.

Die Präparate sind interessant wegen der grossen Massenhaftigkeit des polypoiden Gewebes. Dieselbe lässt erkennen, dass mit der blossen Drainage in solchen Fällen nicht auszukommen ist.

Barclay Baron: Weiterer Bericht über den in der November-Sitzung vorgestellten Fall von Sarcom der Nase.

Die Commission zur Untersuchung von Neubildungen hat festgestellt, dass der Tumor ein alveoläres Sarcom ist. Die Geschwulst ist seitdem sehr rasch gewachsen und drängte das Auge nach aussen vor. Charters Symonds, der den Fall übernahm, hat gefunden, dass die Dura mater an einer Stelle blosgelegt war; es beweist dies, dass das Ausschaben von den Nasenwegen aus mit Gefahren verbunden gewesen wäre.

Charters Symonds constatirte eine elastische Geschwulst am innern Augenwinkel, durch die der Augapfel nach oben und aussen displacirt war. Die Geschwulst wurde entfernt nach freier Eröffnung der Nasenhöhle mit Schnittführung durch den Nasenfortsatz des Oberkiefers, den Boden der Orbita und die Vorderwand des Oberkiefers. Die Neubildung hatte das Thränenbein und einen Theil des Siebbeins zerstört. Die Dura mater lag in der Siebbeingegend blos und es war kein Zweifel, dass die Neubildung in der Schleimhaut dieser Partie ihren Ursprung genommen hatte. Die Highmorshöhle war nicht ergriffen. Die gesunden Gewebe rund um die Neubildung wurden in grösserer Ausdehnung mittelst der Scheere abgetragen. Die Geschwulst zeigte durchgehends den Charakter des alveolären Sarcoms. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Störung; die Entstellung ist nur gering.

Wyatt Wingrave: Lupus der Nase.

Vorstellung eines Falles von ausgebreitetem Lupus des Naseninnern, der immer von neuem Behandlung erfordert.

Herbert Tilley: Tuberculöse Laryngitis bei einem Zwerg.

Das Interesse des Falles liegt in den kleinen Proportionen der Patientin. Dieselbe ist 38 Zoll gross, ihre Stimmbänder etwa 15 mm lang.

Sir Felix Semon: Zwei Fälle von Epitheliom und 1 Fall von Sarcom des Larynx, mittelst Tracheotomie behandelt und jetzt $2^1/_2$ Jahre, $1^1/_2$ Jahre resp. 6 Monate nach der Operation recidivfrei.

Fall I.: 47jähriger Arzt (vergl. Lancet 16. October 1897), der im Juni 95 eine leichte Heiserkeit bemerkte. Im November 95 wurde eine kleine weissliche gestielte Neubildung in der Mitte des linken Stimmbandes constatirt; das Stimmband selbst war congestionirt, die Beweglichkeit gut. Mai 96 war die Stimme

schlechter, das Stimmband allgemein verdickt, ohne distincten Tumor, in seiner Bewegung frei. Sonst keine Symptome.

Juli 96: Thyrotomie. Es fand sich das linke Stimmband in seiner ganzen Länge ergriffen. Dasselbe wurde mit einem grossen Theil des umgebenden gesunden Gewebes excidirt. Die Heilung verlief schnell, der Patient nahm innerhalb Monatsfrist seine Thätigkeit wieder auf. Shattock, der das excidirte Stück untersuchte, constatirte ein typisches squamöses Carcinom in frühem Stadium. Bisher ist kein Recidiv eingetreten. Die Narbe bildet einen stimmbandartigen Kamm, die Stimme ist ziemlich gut.

Fall II.: 57jähriger Seeofficier, über Heiserkeit klagend. Die vorderen zwei Drittel beider Stimmbänder sind stark verdickt und congestionirt, mit unregelmässiger Oberfläche. Ein hervorstehendes kleines Stück ist exstirpirt und von Shattock untersucht worden; derselbe stellte die Diagnose auf squamöses Carcinom von verhorntem, weniger malignen Typus. Im Mai wurden beide Stimmbänder ausgiebig abgetragen. Die Reconvalescenz verlief ungestört; der Patient befindet sich jetzt ausgezeichnet, nur ist seine Stimme auf ein Flüstern reducirt.

Fall III.: Zunehmende Heiserkeit bei einem Manne von nahezu 70 Jahren, bedingt durch das Vorhandensein einer unregelmässig warzigen breitbasigen Geschwulst, die den grössten Theil des congestionirten rechten Stimmbandes einnahm. Dasselbe bewegte sich fast ganz frei. Shattock stellte auf Grund der mikroskopischen Diagnose eines exstirpirten Probestückchens die Diagnose auf Sarcom. Nach der Thyrotomie, bei der zur Durchtrennung des verknöcherten Schildknorpels die Säge erforderlich war, wurde die Neubildung und der vordere Theil des rechten Stimmbandes in grosser Ausgiebigkeit abgetragen; der Rest des Stimmbandes wurde an das Taschenband genäht. Die Wunde wurde sofort geschlossen. Bisher ist der Patient recidivfrei, seine Stimme ist nahezu normal.

Auf eine Frage von Spencer antwortet Semon, dass er stets Jodoform in die Wundflächen einreibt, dass er den Schildknorpel mit Catgut und Silberdraht vernäht und dass er jetzt die Wunde unmittelbar in ihrer ganzen Länge vernäht, indem er die Schwammcanüle sofort entfernt und nur ein einfaches Drainrohr im untersten Theile liegen lässt. Er ist freilich geneigt zu glauben, dass Temperatursteigerungen weniger häufig sind, wenn der untere Theil der Wunde in grösserem Umfange offen bleibt.

Das Auftreten von Wucherungen in der vorderen Commissur ist eher auf Granulationsmassen verdächtig, als auf ein Recidiv der Neubildung.

Prof. Chiari hat jüngst dargethan, dass der Gedanke, den Larynx während der Operation mit Cocain auszupinseln, von Billroth stammt und nicht von Redner, wie er selbst geglaubt hat.

Milligan: Demonstration von Präparaten.

Redner demonstrirt ein Lymphangiom des Stimmbands, ein Kehlkopfpapillom, ein Fibrosarcom des Nasenrachenraums und eine grosse Exostose der Highmorshöhle.

Jobson Horne: Multiple und diffuse Larynxpapillome.

22jährige weibliche Patientin, die über einen seit 18 Monaten andauernden Stimmwechsel klagt. In letzter Zeit ist auch Dyspnoe aufgetreten. Man constatirte im Kehlkopf vorn ein grosses subchordales Papillom, ausserdem diffuse Papillome an den Stimmbändern. Nach Entfernung des ersteren sind die Beschwerden beseitigt.

Bronner: Ein tubuläres Epitheliom der Nase.

Die Geschwulst, die erst erbsengross war, wurde mit dem umgebenden Gewebe von dem vorderen Theile der unteren Muschel bei einem 47jährigen Manne entfernt. Ein Recidiv ist nicht eingetreten.

Butlin hält die diagnostische Entscheidung zwischen Adenom und Carcinom in diesem Falle für sehr schwierig.

Lake: Rechtsseitige Recurrenslähmung mit Parese des Trapezius, Sternocleidomastoideus und des Gaumens, ferner mit leichter Ptosis und Facialislähmung derselben Seite.

36jähriger Mann, hat vor 11 Jahren einen Schlag über das rechte Auge erhalten und danach an (Jackson'scher?) Epilepsie gelitten. Syphilis nicht nachweisbar. Seit 3 Wochen besteht Husten nnd Verlust der Stimme und Pat. bemerkt, dass die Nahrung nicht den richtigen Weg geht. L. constatirte die in der Ueberschrift erwähnten Symptome, ausserdem Erweiterung der linken Pupille, die nur wenig auf Accomodation, auf Licht gar nicht reagirt; ferner leichte rechtsseitige Ptosis und Schwäche der rechten Lippenmuskeln; kein Romberg'sches Symptom. Der Pat. steht zur Zeit unter einer antisyphilitischen Behandlung. Seine Dysphagie hat sich verschlechtert; die Stimme ist nahezu normal.

C. A. Parker: Geschwulst des linken Stimmbandes bei einem 32jährigen Manne.

Heiserkeit seit 5 Monaten. Als Red. den Pat. im October sah, hatte derselbe eine umfangreiche Geschwulst am vorderen Theil des linken Stimmbandes. Ein Theil derselben wurde zu diagnostischen Zwecken entfernt, das klinische und mikroskopische Bild desselben sprach für Papillom. Seither hat sich die Geschwulst vergrössert und hat das Stimmband infiltrirt, das jetzt in seiner Beweglichkeit etwas geschwächt erscheint. Red. fragt sich, ob der Fall jetzt ein Frühstadium von maligner Erkrankung darstellt.

Sir Felix Semon und de Santi empfehlen die Vornahme der Thyrotomie.

Willcocks: Weitere Geschichte eines Falles von Recurrenslähmung.

Der Fall, den W. im December v. J. vorgestellt hat, ist plötzlich an einer intrathoracalen Blutung, ohne Zweifel bedingt durch ein Aneurysma, gestorben.

Ernest Waggett (London).

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 27. Januar 1899.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

Lennox Browne: Ein Kehlkopfepitheliom von mindens $2^1/_2$ jähriger Dauer, das nicht operirt worden ist.

Der Fall ist ein glückliches Beispiel für die Berechtigung einer vorsichtigen Exspectativ-Therapie („the policy of watchful inactivity“) bei Patienten von vorgeschrittenem Alter, die nicht an Athemstörungen leiden. Der jetzt 66jährige Patient verlor 1894 seine Stimme; Redner sah ihn 1896 zum ersten Male. Noch jetzt ist die anhaltende Aphonie das einzige Symptom; Dysphagie, Dyspnoe etc. fehlen vollständig. Innerhalb der $2^1/_2$ Jahre, die Redner den Pat. in Beobachtung hat, verlor derselbe nur 14 Pfund an Gewicht.

Das laryngoskopische Bild hat sich in dieser ganzen Zeit nicht verändert. Die gesammten Gewebe der linken Kehlkopfhälfte sind unbeweglich und bilden eine grosse und unregelmässige Masse von etwas stärkerer Färbung und warziger Oberfläche. Das linke Stimmband ist dem Blick verborgen; das rechte erscheint ebenfalls afficirt, bewegt sich aber frei. Die Gewebe um den Larynx sind stark infiltrirt, aber es ist keine Drüsenschwellung nachweisbar. Die Diagnose wurde auf Epitheliom gestellt. Eine antisyphilitische Kur hatte kein Resultat. Der Pat. erhielt nun innerlich Eisen und Arsen, von letzterem sehr grosse Dosen, für die er durch eine frühere Kur wegen chronischen Ekzems eine besondere Toleranz erworben hatte. Vor der Entnahme eines Stückchens der Neubilduung zu Untersuchungszwecken hat Redner sich gescheut, um nicht die gleichsam latente Geschwulst zur Activität zu reizen. Die Diagnose, die übrigens von einer Reihe Collegen getheilt wird, ruht also rein auf klinischen Gründen.

Macintyre ist doch zu Zweifeln an der Diagnose geneigt, da die Geschwulst nicht das Aussehen hat, das man bei einem Epitheliom nach $2^1/_2$jähriger Dauer erwarten sollte. Auf der andern Seite kann man die Diagnose auf Malignität auch nicht bloss aus dem Grunde, weil der Verlauf atypisch und nicht-maligne ist, verwerfen. Redner entsinnt sich eines Falles, der 4 Jahre lang in so gutem Zustand blieb, dass ein anderer Specialist nur zur Diagnose auf chronische Laryngitis kam, und in dem später doch die Tracheotomie nothwendig wurde. Alles in allem war dieser Fall 7 oder 8 Jahre in Beobachtung gewesen.

Vinrace billigt Lennox Browne's Zurückhaltung von jedem Eingriff in diesem Falle.

Der Vorsitzende ist der Meinung, dass das Krankheitsbild eher für eine chronisch entzündliche Affection spricht. Der Process ging nicht von einem Herde, sondern von vielen Stellen gleichzeitig aus. Der Krankheitsverlauf ist dem einer malignen Erkrankung durchaus unähnlich.

Lennox Browne hebt noch mal hervor, dass keiner seiner Collegen einen Zweifel an der Diagnose hatte. Ob die Krankheit wirklich von mehreren Herden

ihren Ursprung nahm, vermag er nicht zu sagen. Seit $2^1/_2$ Jahren hat sich das Aussehen jedenfalls nicht verändert. In einer Zeit, in der die öffentliche Aufmerksamkeit der Frage des Kehlkopfcarcinoms besonders zugewandt war, hat er mehrere Patienten gesehen, die dieses Leiden 4—5 Jahre hatten.

John Bark: Ein Fall von Cyste des Kehlkopfventrikels (mit Abbildung).

66jährige Frau, seit 12 Monaten an zunehmender Heiserkeit leidend. Die chronisch lungen- und herzkranke Frau klagt auch über Husten und Athemnoth. Es wurde eine kuglige, glatte, gespannte, ovale Neubildung mit breitem Stiele, in der Grösse etwa einer Erbse constatirt, die aus dem rechten Ventrikel herauskam.

George Stoker: Ein Vorschlag zur curativen Behandlung der Kehlkopfphthise.

S. empfiehlt die locale Application von „oxydirten Toxinen". Er bereitet dieselben in der Weise, dass er einen Oxygenstrom durch Kölbchen mit Culturen von Organismen leitet, die von dem Ulcus der zu behandelnden Person selbst stammen. Redn. hat über diese Methode bei der Larynxtuberculose noch keine Erfahrung, aber er erwartet von ihr gute Resultate. Diese Erwartung gründet sich auf die vortrefflichen Resultate, die er mit der Application von oxydirten Culturen von Bacillus pyocyaneus bei Geschwüren erzielte, die mit diesem Bacillus inficirt waren. Aehnliche Erfahrungen machte er in Fällen von Lupus nach der Ausschabung, wodurch sein Wunsch, die Methode auch am tuberculösen Kehlkopf zu erproben und seine Erwartung noch gesteigert wurden.

R. H. Woods (Dublin): Präparat von einem mittelst Thyrotomie entfernten Krebs des rechten Stimmbandes.

Die Diagnose, die auf squamöses Epitheliom gestellt ist, wurde von Butlin bestätigt und später durch den mikroskopischen Befund verificirt. Der Tumor wurde nach medianer Thyrotomie entfernt; die Heilung verlief ungestört; der 74jährige Patient verliess das Hospital am 10. Tage.

Discussion über den Werth der Allgemeinbehandlung bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Barclay Baron bespricht die Einwirkung der Allgemeinkrankheiten auf den Pharynx und Larynx und hebt die bedeutenden Fortschritte der Allgemeinbehandlung hervor. Für den tuberculösen Larynx erhofft er mehr von der modernen Offen-Luft-Behandlung, als von den keimtödtenden Mitteln. Die trockene Luft des Hochgebirges ist zu reizend für den Larynx und darum zu vermeiden.

Wyatt Wingrave erörtert das Thema, soweit Nase und Nasenrachenraum in Frage kommen. Er legt Werth auf die Grösse der Nasenmuscheln im Verhältniss zur Gesammtcapacität der Nase in den verschiedenen Lebensaltern.

Lennox Browne erinnert an die Eröffnungsansprache Sir Morell Mackenzie's, in der dieser nachdrücklich betont hat, wie sehr die Specialität abhängig ist von der gründlichen Kenntniss der Gesammtmedicin.

Mac Naughton Jones und Dundas Grant, die sich an der Discussion betheiligen, verbreiten sich hauptsächlich über den Werth der Allgemeinbehandlung bei Ohrenleiden, von dem einleitend Dr. Woods gesprochen hatte.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der Oesterreichischen Otologischen Gesellschaft.

Wien, den 22. December 1899.

Hochverehrter Herr Professor!

Die österreichische otologische Gesellschaft hat in ihrer, am 27. Nov. 1899 abgehaltenen Hauptversammlung folgenden Beschluss gefasst:

„Der Otologie und der Laryngologie soll jeder für sich bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Versammlungen oder Anlässen die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werden.“

Indem ich mir erlaube, Sie von diesem Beschlusse in Kenntniss zu setzen, bitte ich, hiervon jeden Ihnen nothwendig erscheinenden Gebrauch zu machen, und verharre in ausgezeichneter Hochachtung als Ihr ergebener

Docent Dr. Jos. Pollack,
z. Z. Secretär der Gesellschaft.

Die italienischen Referate des Centralblatts.

Prof. F. Massei (Neapel) hat in einer Zuschrift an den Herausgeber mit Bezug auf das vollständige Ausfallen der italienischen Literatur aus der in der Januarnummer gegebenen laryngologiscken Statistik des Jahres 1898 dagegen Verwahrung eingelegt, dass aus dem Fehlen von Referaten über die italienische laryngologische Literatur der Schluss gezogen werden könnte, dass diese Literatur selbst versiegt sei. Dieselbe sei vielmehr auch im Vorjahre so lebendig gewesen, wie je.

Obwohl wir kaum glauben, dass nach unseren wiederholten Mittheilungen über den Unstern, der seit Jahren über unseren italienischen Referaten gewaltet hat, ein einziger unserer Leser den von Prof. Massei befürchteten irrigen Schluss aus unserer Statistik gezogen hat, so gewähren wir seinem patriotischen Protest gern Aufnahme.

In Zukunft wird sich Dr. Finder (Berlin) mit Dr. Donelan (London) in die italienischen Referate theilen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, März. 1900. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **Cheval. Die Fortschritte der Oto-Laryngologie seit 25 Jahren. (Les progrès de l'oto-laryngologie depuis 25 ans.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 8. 1899.*

Die Fortschritte sind vom specifisch belgischen Standpunkt aus beurtheilt und bieten insofern gewiss viel Neues für den Leser.

BAYER.

2) **S. E. Solly. Ansprache des Vorsitzenden in der Americanischen Laryngologischen, Rhinologischen und Otologischen Gesellschaft. (Presidential address before the American Laryngological, Rhinological and Otological Society.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

In allen Fällen von chronischer Lungenerkrankung sollen stets die obersten Luftwege inspicirt werden. S. neigt zu der Ansicht, dass bei Nasenverstopfung die Bacterien am leichtesten im Nasopharynx hinter der Verstopfung Eingang finden.

EMIL MAYER.

3) **G. Martuscelli** (Neapel). **Statistischer Bericht des Laryngologischen Instituts der Universität zu Neapel für das Jahr 1896—97. (Rendiconto statistico dell'anno scolastico 1896-97 dell'Istituto di Laringoiatria della R. Universita di Napoli.)** *Arch. Ital. di Laringologia Naples. Januar 1898.*

Statistischer Bericht über die auf der Klinik von Prof. Massei behandelten Fälle. Die verschiedenen Operationem, die ausgeführt wurden, sind zusammengestellt, einige wichtigere ausführlich beschrieben. Eine beigegebene Tafel zeigt das Bild eines Falles von Perichondritis laryngea und eines Kehlkopfcarcinoms.

JAMES DONELAN.

4) **G. Martuscelli. Statistik der während des Unterrichtsjahres 1897—1898 beobachteten Tumoren. (Statistica di alcuni tumori osservati durante l'anno scolastico 1897—1898.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1899.*

Unter den 62 Tumoren, die 1897—1898 auf Massei's Klinik zur Beobachtung gelangten, sind hervorzuheben ein Sarkom der Zunge, ein recidivirendes Sarkom der Nasenhöhle, ein von der mittleren Muschel und dem Antrum ausgehendes Carcinom, ein Carcinom des Nasenrachenraums. FINDER.

5) **A. Trifiletti** (Neapel). **Bericht über das Schuljahr 1898—99 des laryngologischen Ambulatoriums des von Prof. Massei geleiteten klinischen Hospitals der Universität Neapel. (Rendiconto dell'anno scolastico 1898—99 del dispensario di Laringoiatria della R. Universita di Napoli nell'ospedale clinico diretto dal Prof. Massei.)** *Giorn. Internat. delle Scienze Med. Anno XXI.*

60 Hörer nahmen an den Unterricht Theil, 45 Studirende und 14 Aerzte, 2 machten ihre Doctorarbeit an dem Institut; besonders hervorgehoben wird die von Dr. Pireza: Die Lymphdrüsen des Waldeyer'schen Schlundrings (besonders die Gaumentonsillen) als Eintrittspforte für mikrobische Affectionen.

Patienten wurden im Ganzen 1484 behandelt; von diesen hatten 476 Affectionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, sowie des Nasopharynx, 645 Affectionen des Rachens, der Mandeln, des Gaumens und Mundes, 363 Krankheiten des Larynx, der Trachea, der Schilddrüse und des Oesophagus.

39 klinische Vorlesungen wurden abgehalten. Von den vorgestellten Fällen sind erwähnenswerth ein Fall von spastischer Contraction des linken Stimmbandes bei Chondrosarcom der Thyreoidea, ein Fall von primärem Carcinom des Larynx, zwei Fälle von Miliartuberculose des Gaumensegels, ein Fall von completer Lähmung des linken Stimmbandes bei Aneurysma der Aorta ascendens, ein Fall von cystischem Fibrom des Larynx, zwei Fälle von Retropharyngealabscess beim Erwachsenen u. s. w.

Trifiletti weist auf die wachsende Zahl der Studenten hin, die sich der freiwilligen Prüfung in der Laryngologie unterzogen haben. JAMES DONELAN.

6) **Jonathan Wright. Einige weitere referirende und kritische Bemerkungen über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Januar 1899.*

Der vorliegende Aufsatz bildet die 8. Fortsetzung dieser lesenswerthen und inhaltreichen Artikelserie, auf die wir schon mehrfach hingewiesen haben. Diesmal bespricht W. das Werk von Harke: Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege und die Untersuchungen von Cholewa und Cordes über die Pathogenese der atrophischen Rhinitis. LEFFERTS.

7) **Guido Guerrini. Ueber die elastischen Elemente der oberen Luftwege. (Sugli elementi elastici delle vie respiratorie superiori.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. Januar-Februar 1898.*

Eine sehr sorgfältige, auf genauen histologischen Studien beruhende Arbeit; wegen der Details muss auf das Original verwiesen werden. FINDER.

8) **E. Ferrari. Zur Kenntniss der Bronchialdrüsen-Erkrankungen.** K. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien. *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1899.*

Es handelte sich um eine Pyosepticämia e thrombophlebitide ichorosa venae pulm. ex perforatione abscess. gland. lymph. bronchial. sin. cum oesophago communicantis — Emboliae meningum et cerebri cum meningitide incipiente — Nephritis embolica. Infarctus lienis ichorosus. Welcher Process zur Verjauchung der Bronchialdrüse führte, liess sich nicht mit Sicherheit feststellen. Möglicherweise handelte es sich um eine bei anthrakotischen Drüsen nicht seltene Erweichung (Nekrose), wobei es unter Anschwellung des Oesophagus und Perforation desselben zu jauchiger Infection von der Speiseröhre her gekommen ist.

CHIARI.

9) **Riegel** (Giessen). **Zur Behandlung des asthmatischen Anfalles.** *Deutsche med. Wochenschr. 41. 1899.*

Von der Vorstellung ausgehend, dass der asthmatische Anfall auf einem durch Vagusreizung erzeugten Krampf der Bronchialmusculatur beruht, empfiehlt R. zur Coupirung des einzelnen Anfalls Atropin, und zwar subcutan in dosi 0,5—1 mg. Ob eine länger fortgesetzte Anwendung des Atropins die Wiederkehr der Anfälle zu verhüten im Stande ist (Trousseau, von Noorden), darüber möchte Verf. kein Urtheil abgeben.

ZARNIKO.

10) **v. Weismayr. Die Verhütung der Infectionsgefahr in Heilanstalten und Curorten.** Aus der Heilanstalt Alland. *Wiener klin. Rundschau. No. 25 und 26. 1899.*

Unter anderen hygienischen Maassnahmen zur Bekämpfung der Weiterverbreitung von Tuberculose sollte nach v. W. ein Sputumtaschenfläschchen auf das dringendste empfohlen werden, damit durch das Sputum weder das Taschentuch verunreinigt noch auch im Freien ausgespuckt wird.

CHIARI.

11) **L. Flick** (Philadelphia). **Europhenbehandlung der Tuberculose.** *Die Heilkunde. No. 4. 1899.*

F. hält bei Phthisis incipiens das Europhen für ein wirkliches Specificum. Er verordnet Europheninunctionscuren.

CHIARI.

12) **M. Araki** (Japan). **Ueber das neue Tuberculin Koch's.** *Tokio Iji-shinshi. (The Tokio medical Journal.) Jan. 21. 1899.*

Verf. veröffentlicht seine an 32 Tuberculösen aus Wakasugi's Klinik in Neigata mit dem neuen Tuberculin gemachten Erfahrungen; es handelte sich um 15 Fälle einfacher Form und 17 mit Mischinfection, hereditär belastete 28. Davon wurden geheilt (? gebessert Ref.) 15, unbeeinflusst blieben 10, verschlechtert 4, und 3 starben während oder bald nach der Behandlung. Die geheilten gehören der einfachen Form an.

Das neue Tuberculin ist bei den Anfangsstadien der Tuberculose wirksam.

OKADA.

13) **v. Stoffella** (Wien). **Zur Therapie der Tuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 23 u. 24. 1899.*

St. wendet an seinem poliklinischen Ambulatorium mit gutem Erfolge die

Solutio Fowleri combinirt zu gleichen Theilen mit Tinctura anodyna, ferner hydriatische Proceduren an. Sehr gute Wirkung sah St. von der internen Zimmtmedication. Gegen Nachtschweisse wird Atropin und Agaricin empfohlen.

CHIARI.

14) **Scognamiglio** (Neapel). **Die Behandlung der Tuberculose mit Glandulen.** *Wiener med. Presse. No. 10. 1899.*

Nach S. kann man mit Glandulen nicht nur die beginnenden, sondern auch die mehr oder minder vorgerückten Stadien der Tuberculose zur Ausheilung bringen. Anfangsdosis 3mal täglich 1 Tablette; steigen bis zu 15 Tabletten pro die — keine unangenehmen Nebenwirkungen.

CHIARI.

15) **Schnirer. Zur medicamentösen Behandlung der Lungentuberculose.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1899.*

Es wurden mit Thiocol und Sulfosolkreosol gute Erfolge erzielt.

CHIARI.

16) **R. Fauvel** (Paris). **Das physiologische Extract der Nasenrachenschleimhaut und seine Anwendung in der Therapie der Lungentuberculose. (De l'extrait physiologique naso-pharyngien et de son application au traitement de la tuberculose pulmonaire.)** *Gazette des hôpitaux. 10. Januar 1899.*

Eine neue und ziemlich verblüffende Anwendungsweise der sogenannten Opotherapie. Da nicht so selten Koch'sche Bacillen auf den Mandeln auch gesunder Menschen vorkommen, was durch die bactericide Fähigkeit des Schleimes erklärt wird, stellt der Verf. folgendes Raisonnement an: Die Sekrete der Rachenschleimhaut neutralisiren die Bacterientoxine im Bereich dieser Schleimhaut; warum sollen sie nicht dieselbe Wirkung auch innerhalb des Organismus ausüben können.

Aus diesem Gedanken heraus hat Verf. ein Nasenrachenschleimhautextract hergestellt, indem er Schleimhautstückchen vom Schaf oder von Ziegen in Glycerin oder künstlichem Serum auszog. Nach einigen Vorversuchen am Thiere injicirte F. dieses Extract dem Menschen.

Die klinischen Resultate erscheinen ihm ziemlich beweisend (?).

PAUL RAUGÉ.

17) **E. Baumgarten. Das Phenolum natrosulforicinicum in der Rhino-Laryngologie. (A phenolum natrosulforicinicum az orr-gégészeti gyskorlatban.)** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1899.*

Verfasser hat die von Heryng und Ruault empfohlene nach Carbol riechende Lösung von Phenolum syntheticum und natrosulforicinicum bei verschiedenen Krankheiten versucht. Abgesehen von dem unangenehmen Geruch und Geschmack wird das Mittel ziemlich gut vertragen. Schöne Erfolge erreichte Verf. bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren mit einer 30—50proc. wässerigen Lösung, ohne jedoch die Wirkung des Acid. lacticum zu erreichen; die Lösung bewährte sich auch zur Localbehandlung luetischer Geschwüre. Erfolglos schien die Behandlung bei Laryngitis acuta und chronica, Pachydermie und Ozaena laryngis. Am besten bewährte sich das Mittel bei Rhi-

nitis chronica atrophica simplex und cum ozaena. Das Heilverfahren besteht neben der sonst üblichen Reinigung der Nase in regelmässiger Pinselung. Schon nach einiger Zeit kann man die tägliche Reinigung verlassen, nur die Behandlung mit dem Phenol etc. muss fortgesetzt werden. Die Borkenbildung, Geruch und andere lästige Symptome bleiben gänzlich aus oder lassen bedeutend nach. Die Besserung tritt sogar in den schlimmsten Fällen auf. Die Wirkung des Mittels befriedigte den Verf. derartig, dass er sich der optimistischen Meinung hingiebt, dass die Krankheit „früh genug in Behandlung gekommen, auch heilbar sein kann."

v. NAVRATIL.

18) **Beketoff. Zur therapeutischen Anwendung des Heroin.** *Klin. therapeut. Wochenschr. No. 14. 1899.*

B. lobt das Heroin als hustenstillendes Mittel bei Tuberculose, insbesondere bei Neigung zu Hämoptoe.

CHIARI.

19) **Wierzbicki** (Krakau). **Klinische Beobachtungen über den therapeutischen Werth des Heroins.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Bei Bronchialcatarrhen und im Anfange der Phthise sei Heroin ein gutes Ersatzmittel des Morphins.

Rp. Heroini puri 0,005—0,01
Sachar. 0,25
M. f. p. D. t. d. No. X.
D. S. 3—4 Pulver täglich.

CHIARI.

20) **Ziffer** (Gleichenberg). **Indicationen der Inhalationscuren.** *Wiener medicin. Presse. No. 20, 21 u. 23. 1899.*

Zunächst beschreibt Z. die verschiedenen Inhalationsmittel und Methoden. Besonders wird auf die zweckmässigen Quellsalzzerstäubungen und die Pneumatotherapie hingewiesen. Mittelst Wärme erzeugte Dämpfe inhaliren zu lassen, hält Z. bei Lungenphthise direct für nachtheilig und macht diesbezüglich nur bei Fichten- und Terpentindämpfen eine Ausnahme. Es wird die Fichte durch heisse Dämpfe extrahirt und in abgekühltem Zustande inhalirt. Zum Schlusse spricht Z. über die sogenannte permanente Inhalation mit medicamentösen Respiratoren, die die Geduld der Patienten zu sehr auf die Probe stellen und schon deshalb sich nicht bewähren.

CHIARI.

21) **Redact. Notiz Intratracheale Injectionen. (Intratracheal injections.)** *Journal American Med. Association. 8. Juli 1899.*

Bei Bronchiectasien, Lungengangrän und Syphilis ebenso, wie bei tuberculösen Cavernen ist die Methode der intratrachealen Injection jeder anderen Therapie überlegen. Sie setzt das Fieber herab, beschränkt den localen Process und vertreibt den üblen Geruch der Exspirationsluft.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **H. Bergeat. Rhinoskopia externa. Recessus apicis nasi.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1899.*

Mit dem Namen Rhinoskopia externa bezeichnet B. die Untersuchung des Naseneinganges speciell des Recessus nasi mit einem unter dem Nasenloch eingeführten erwärmten Spiegel, wobei die Vibrissae zur Seite geschoben und die Nase der Breite nach auseinandergedrückt werden muss. Im Recessus apicis finden sich sehr häufig Eczeme, Furunkeln, Fissuren, Syphilide, Lupus und Granulationswucherungen, welche sich oft nur durch die oben genannte Untersuchungsmethode erkennen und erfolgreich behandeln lassen.

SCHECH.

23) **Magenau. Zur Rhinoskopia externa Bergeat's.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1899.*

M. erklärt, dass die Untersuchung des Naseneinganges mit kleinen Spiegeln schon seit Jahren auf Jurasz' Klinik geübt werde, und dass auch schon Spiess im Handbuche der Laryngologie und Rhinologie sie unter dem Namen Rhinoskopia anterior erwähnt; schon Czermak hat sie ausgeführt. Auch sei es überflüssig, dafür einen neuen Ausdruck zu gebrauchen.

SCHECH.

24) **Bergeat. Erwiderung zur Rhinoskopia externa.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1899.*

B. beharrt auf der Benennung der von ihm beschriebenen Untersuchungsmethode, weil es nicht angehe, zwei sowohl durch die Verschiedenheit der Anwendung von Instrumenten, als auch der Lage und Beschaffenheit der untersuchten Stellen sich charakterisirende Untersuchungsmethoden vereinigt halten zu wollen.

SCHECH.

25) **Arthur T. Shau. Die Sondirung des Nasengangs von der Nase aus. (The probing of the nasal duct from the nose.)**

Nach vorheriger Cocainisirung sondirt S. den Ductus nasalis, indem er unterhalb der unteren Muschel in seine Mündung eingeht.

EMIL MAYER.

26) **Rille. Ein Fall von Rhinophyma.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck, Sitzung vom 25. Februar 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21. 1899.*

Operative Behandlung mit Keil- und Flachexcisionen. Die Blutung war beträchtlich.

CHIARI.

27) **Kaposi. Granuloma nasi.** Wien. dermat. Gesellsch., Sitzg. v. 8. März 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1899.*

Demonstration eines 56jährig. Mannes mit Granulom am linken Handrücken und an der Nase, die stark verdickt, dunkelroth und höckerig erscheint, wobei

auch der knorpelige Theil der Nase verdickt ist. Die histologische Untersuchung ergab einen chronischen Entzündungsprocess. — Tuberkulose, Rhinosclerom ausgeschlossen. — Ob Lues vorlag, ist nicht erwähnt. CHIARI.

28) **Preindlsberger** (Serajevo). **Zur partiellen und totalen Rhinoplastik nach v. Hacker.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1899.*

In einem Falle handelte es sich um einen Ersatz eines Nasenflügels, im zweiten um eine totale Rhinoplastik mit Verwendung eines eine Periost-Knochenspange enthaltenden Stirnlappens, welche Methode neben der leichteren Ausführbarkeit den Vortheil der kürzeren Heilungsdauer bringt. CHIARI.

29) **Urbanowitsch. Zur Frage der partiellen Rhinoplastik. (K woprosu tschastnoi plastiki nosa.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 32. 1899.*

Ersatz der Nasenflügel aus der Wange mit gutem Erfolge. P. HELLAT.

30) **Lacroix. Ein Fall von Nasenschwindel. (A case of nasal vertigo.)** *Charlotte Medical Journal. Mai 1899.*

Nach Entfernung von 3 kleinen Nasenpolypen war Patientin von den Schwindelanfällen, an denen sie seit einem Jahre litt, geheilt. EMIL MAYER.

31) **C. Abate. Nasen-Epilepsie. (Epilessie riflesse del naso.)** *Bollet. delle Malat. dell'orecchio etc. November 1898.*

Bericht über 6 Fälle. Im ersten verschwanden nach Entfernung eines Tumors am Septum in Höhe der mittleren Muschel die Anfälle (bis dahin bis zu 10 am Tage), um nach 47 Tagen wieder aufzutreten. Im zweiten Fall blieben die Anfälle nach Entfernung von Polypen aus beiden Nasenhöhlen 7 Monate lang aus, kehrten dann aber wieder, ohne dass inzwischen die Polypen von Neuem gewachsen wären; ebenso blieben sie im dritten Fall nach Abtragung des Tumors an der mittleren Muschel nur kurze Zeit aus. Desgleichen waren die Erfolge in zwei anderen Fällen, wo es sich um Rhinitis hyperplastica handelte, nur sehr kurzdauernde. Der letzte Fall kann, da es sich scheinbar mehr um eine hysterische Affection handelt, die auch durch Suggestionstherapie günstig beeinflusst wurde, füglich nicht zur Reflexepilepsie gerechnet werden. FINDER.

32) **Bordier** (Lyon). **Sternutatogene Zonen. (Des zones sternutatogènes.)** *Soc. de Biologie. 28. Januar 1899.*

B. bezeichnet mit obigem Namen die Zonen, die jedesmal, wenn sie einen Kälteeindruck erfahren, mit Niesen reagiren. Bei einem Kranken konnte er das Vorhandensein einer derartigen Zone am linken Bein constatiren. Mittels des Luftcalorimeters stellte er fest, dass die von diesem Bein ausgestrahlte Wärme weit geringer war als die der anderen Seite, obgleich die locale Temperatur beiderseits dieselbe war. PAUL RAUGÉ.

33) **W. Freudenthal. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe. (A case of nasal hydrorrhoea.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Hydrorrhoe ist neurotischen Ursprungs. F. demonstrirt von einem seiner

Fälle 2 Flaschen mit je 120 ccm eines wässerig dünnen, serös-mucösen Ausflusses, der bei der mikroskopischen Untersuchung nur flache Epithelzellen zeigt.

Verf. erwähnt weiterhin einen Patienten, bei dem er die Asch'sche Operation wegen Septumverbiegung ausführte, und der in der Nacht darauf einen Anfall von Hydrorrhoe hatte; derselbe ist nicht recidivirt. EMIL MAYER.

34) **J. Ball. Paroxysmales Niesen und verwandte Affectionen. (Paroxysmal sneezing and allied affections.)** *Lancet. 11. Februar 1899.*

Der vor der South-West London Medical Society (Sitzung vom 11. Januar) gehaltene Vortrag giebt eine gute Uebersicht über diesen Gegenstand.

ADOLPH BRONNER,

35) **Walter A. Wells. Ein Fall von ausserordentlich häufigem und lange anhaltendem paroxysmalem Niesen. (Case of paroxysmal sneezing extra-ordinarily frequent and long continued.)** *The National Med. Review. Mai 1899.*

17jähriges Mädchen hatte Niesanfälle von 40—75maligem Niesen in der Minute. Chloroform brachte keine Besserung. Das Niesen hielt mehrere Tage und selbst während des Schlafes an. Nach Perioden, die ganz frei waren, kamen wieder Attacken so schwer wie vorher. Die rechte Nasenseite war vollständig verschlossen durch Hypertrophie der mittleren und unteren Muschel, und beiderseits drückte die mittlere Muschel auf das Septum. Galvanokaustische Aetzung der Muscheln brachte Heilung. EMIL MAYER.

36) **Charles W. Richardson. Asthma als Reflexerscheinung bei Antrumabscess. (Asthma as a reflex manifestation from abscess of antrum.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899. Laryngoscope. August 1899.*

Verf. sah in den letzten 3 Jahren 2 Fälle von Antrumabscess mit deutlichen asthmatischen Erscheinungen. In beiden wurde das Asthma durch die Entleerung des Eiters aus der Kieferhöhle gebessert. EMIL MAYER.

37) **Redmond Payne. Asthma nasalen Ursprungs und seine radicale Heilung. (Asthma of nasal origin and its radical cure.)** *Pacific Med. Journal. Mai 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

38) **F. de Havilland Hall. Asthma in Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege. (Asthma in relation to diseases of the upper air passages.)** *Lancet. 20. März 1899.*

H. knüpft an Armstrong's Mittheilung an. Der Ursprung des Asthma ist ein dreifacher: 1. die Diathese des Patienten, 2. locale Krankheitszustände der Schleimhäute, 3. Reizursachen. ADOLPH BRONNER.

39) **Sidney Martin. Asthma und seine Behandlung. (Asthma and its treatment.)** *Brit. Med. Journ. 24. December 1899.*

Eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Ursachen und Behandlungsmethoden des Asthma. Von der Nase und dem Rachen ist nur sehr wenig gesagt.

„Die Application des Galvanokauters in der Nase beseitigt bisweilen das Heuasthma und die Entfernung eines Nasenpolypen kann Asthmaanfälle wesentlich erleichtern.“

ADOLPH BRONNER.

40) **G. Gradenigo** (Turin). **Ueber Heuschnupfen. (Sulla corizza da fieno.)** *R. Acad. di Med. Torino. 2. Juni 1899.*

Ref. glaubt an eine besondere Disposition zum Heuschnupfen, insofern in Folge besonderer Configuration der Nasenhöhlen die Pollen leicht in die oberen Regionen derselben gelangen können.

Die Krankheit kommt in Italien gerade so häufig vor wie in den anderen Theilen Europas und in Amerika; sie ist keineswegs der angelsächsischen Race eigenthümlich. G. theilt die Ansicht nicht, die kürzlich ausgesprochen worden ist, dass die vermehrte Reizbarkeit der Schleimhaut bei der vasomotorischen Coryza eine Theilerscheinung allgemeiner arthritischer oder gichtischer Diathese ist. Die galvanische oder chemische Aetzung hat nach seinen Erfahrungen nur einen vorübergehenden Effect. Seine besten Resultate erzielte er durch Douchen mit nicht reizenden, d. i. physiologischen Lösungen, zu denen er einige Tropfen einer alkoholischen Menthollösung von 1:30 hinzusetzte. Er missbilligt den Gebrauch von Cocain, das nur vorübergehend nutzt und leicht zu Cocainismus führt.

JAMES DONELAN.

41) **John Dunn. Harnsäure im Blute als Ursache von Heufieber und Asthma. (Uricacidaemia as the cause of hayfever and asthma.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 10. Februar 1899.*

D. theilt 4 Fälle mit, in denen er durch Regelung der Diät (Verbot von Fleisch, Thee und Kaffee) und Verordnung von Alkalien die störenden nasalen Symptome ohne jede lokale Einwirkung auf die Nasenschleimhaut beseitigte.

EMIL MAYER.

42) **Garel. Heuasthma. (Le rhume des foins.)** Paris 1899.

Die vortreffliche Studie G.'s baut sich auf Beobachtungen an 159 Fällen auf. Der Verf. sieht das Heuasthma nur als eine Abart der Rhino-Bronchitis spasmodica an. Er unterscheidet 2 Formen, die eine periodisch auftretend, das eigentliche Heufieber, die andere nicht periodisch, in irgend einer beliebigen Jahreszeit eintretend. Beide Formen können sich mit richtigen asthmatischen Anfällen compliciren.

Zur Erklärung der Krankheit acceptirt G. die gemischte Theorie, nach der die drei Factoren der allgemeinen nervösen Empfänglichkeit, der localen Hyperexcitabilität und des äusseren Reizes zusammenwirken.

Sichere positive Resultate ergiebt nur die chirurgische Behandlung, durch welche die reizbaren Zonen der Riechschleimhaut vernichtet werden.

A. CARTAZ.

43) **A. Castex. Heuasthma. (L'asthme des foins.)** *Archiv. de thérapeut. clin. April 1899.*

Nach C. ist die Krankheit verursacht durch eine Vasodilatation, deren An-

lass ein äusserer Reiz auf eine prädisponirte Schleimhaut ist. Die Affection ist gewissermaassen ein Abwehrreflex.

a) Die Localbehandlung soll die Nasenschleimhaut dem äusseren Reiz entziehen. Dazu dienen ein dichter Schleier über dem Gesicht, Wattetampons in den Nasenöffnungen, Cocain, Mentholöl, vor allem aber die galvanocaustische Aetzung der Nasenschleimhaut.

b) Die Allgemeinbehandlung muss die Nervosität bekämpfen, sie bedient sich des Broms, Zinc. valerian., der Asa foetida, des Atropins, Chinins etc.

PAUL RAUGÉ

44) **Carolus M. Cobb. Heufieber. (Hay fever.)** *Philadelphia Monthly Medical Journal. Mai 1899.*

Zur Entstehung von Heufieber wirken nach C. zusammen ein äusserer Reiz, eine besondere Empfänglichkeit des Nervensystems und ein Krankheitszustand der Nasenschleimhaut. Unter den Landbewohnern giebt es wenig oder kein Heufieber. C. beobachtete das Leiden niemals bei Ethmoiditis oder eitriger Rhinitis. Vor dem Anfall sind Zincum phosphor. und Chinin nützlich. Im Anfall empfiehlt C. die von Sir Andrew Clark angegebene Application von:

Hydrargyr. bichlor. 0,06
Chinin. muriat. 1,8
Glycerin.
Acid. carbol. ana 3,75

EMIL MAYER.

45) **Alexander Rixa. Verhütung von Heufieber. (Prevention of hay fever.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 21. Januar 1899. Med. Times and Register. Juni 1899.*

Das Heufieber wird durch Pollenstaub verursacht. R. glaubt es verhüten zu können, indem er zwei Wochen vor dem zu erwartenden Anfall durch Spülungen der Nase mit antiseptischen Lösungen, z. B. Wasserstoffsuperoxydlösungen, dieselbe unempfänglich für den Reiz macht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Edward W. Wright. Zur Verhütung des Heufiebers. (The prevention of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Mai 1899.*

In der Aetiologie des Heuasthmas sind 3 Gruppen von ursächlichen Factoren zu unterscheiden: excitirende, constitutionelle und locale. Für die Therapie versprechen zwei neuere Drogen grossen Nutzen, das Orthoform und das Nebennierenextract. Ersteres setzt die Ueberempfindlichkeit herab und verringert das paroxysmale Niesen; es hält in seiner Wirkung manchmal länger an, als das Cocain und ist dabei nicht toxisch. Die Lösung von Nebennierenkapsel macht die Nasenathmung frei und vermindert den serösen Ausfluss.

LEFFERTS.

47) **E. H. Wright. Die Verhütung von Heufieber. (The prevention of hay fever.)** *Medical Review. 20. Mai 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Wenn eine Schleimhautverdickung und -Hypertrophie besteht, applicirt Verfasser Jod, Jodkali und Glycerin. Bei dünner und sensitiver Schleimhaut ohne

Hypertrophie benutzt er Ac. tannicum, Ac. carbolic. und Glycerin. Die Applicationen müssen die gesammte Schleimhaut berühren und gleichzeitig wird eine leichte Massage geübt. EMIL MAYFR.

48) **B. Douglass. Beobachtungen über die Behandlung des Heufiebers. (Observations on the treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 1. April 1899. N. Y. Med. Journal. 2. September 1899.*

Vef. unterscheidet zwei grosse Gruppen von Fällen: Die mit nasalen Läsionen und die ohne Erkrankungsprocess in der Nase. Die letzteren sind entschieden die weniger zahlreichen. In Verlauf und Dauer bieten beide übrigens nur wenig Unterschiede.

Die Therapie hat 4 Gesichtspunkte im Auge zu behalten: 1. die causale Behanglung; 2. die locale und allgemeine Behandlung des Anfalls; 3. die Allgemeinbehandlung; 4. die Therapie zwischen den einzelnen Anfällen.

Einen besonderen, fast specifischen Werth schreibt D. der getrockneten Nebennierensubstanz zu. LEFFERTS.

49) **W. Armstrong. Nasale Behandlung bei Asthma. (Nasal treatment in asthma.)** *Lancet. 13. März 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass Asthmatiker oft eine gichtische Diathese haben. Er theilt 5 Fälle mit, bei denen die intranasale Therapie versagte, bis die Behandlung der bestehenden Gicht in Angriff genommen wurde. ADOLPH BRONNER.

50) **Ingals** u. **Ohls. Ein Spray für Heuasthma. (Spray for hay-fever.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Die Verff. sahen günstige Wirkungen von Suprarenalextract. Sie verordnen folgende Mischung, die sich mehrere Wochen unzersetzt erhält:

Extr. suprarenal. 3,75
Ac. boric. 0,96
Aqu. Cinnamom. 15,0.
Aqu. camphorat. (fervid.) 30,0
Aqu. destill. (fervid.) ad 60,0.
Macera par 4 horas et filtra.

S. 4—5mal tägl. als Nasenspray zu benutzen. EMIL MAYER.

51) **B. Douglass. Heufieber. (Hay fever.)** *The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

D. empfiehlt Cocain, Argentum nitricum und Nebennierenextract zur Behandlung des Anfalles. Das letztere wird local als Spray oder in Tabletform innerlich angewendet. EMIL MAYER.

52) **Eshner. Heuasthma. (Hay asthma.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1899.*

Rp. Ammon. chlorat. 15,0
Tct. Hyoscyami
Syr. scillae composit.

Syr. senegae
Syr. tolutan. ana 3,75
M. D. S. 3 ständl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

53) **F. H. Wilcox. Heufieber. (Hay fever.)** *Medical Progress. Mai 1899.*
Nichts Neues.

EMIL MAYER.

54) **Mays. Gegen Heuasthma. (For hay asthma.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 22. Juli 1899.*

Rp. Phenacetin. 4,16
Chinin. sulfur. 1,43
Ammon. chlorat. 5,85
Pulver. capsic. 0,26
Strychnin. sulfur. 0,065.
In 32 Capseln zu vertheilen. Bei Bedürfniss eine Capsel zu nehmen.

EMIL MAYER.

55) **Redact. Notiz. Gegen die Hydrorrhoe beim Heufieber. (For the hydrorrhoea accompanying hay-fever.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Ac. acetici 0,12
Resorcin. 0,09
Natr. chlorat. 0,24
Aqu. destill. 30,00.
S. zur Spülung der Nase.

EMIL MAYER.

56) **W. C. Hollopeter. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *Medical Review. 12. August 1899.*

Rp. Natr. bicarbon.
Natr. borac. ana 45,0
Ac. carbol. 30,0
Glycerin. 60,0
Aqu. rosae (25 proc.) 200,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf 30 ccm warmes Wasser, als Spray oder mittelst Wattebausch zu appliciren. Danach Trocknung der Schleimhäute und Application von

Menthol 0,6
Eucalyptol 3,75
Camphor. pulv. 1,5
Albolin 60,0

EMIL MAYER.

57) **William Murrell. Gegen Heufieber. (For hay fever.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Menthol 0,48
Chloroform 0,30
Benzol 1,20
Ol. cassiae 0,18

Magn. carbon. 1,20
Aqu. ad 30,00.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in heissem Wasser zur Inhalation für 10 Minuten.

EMIL MAYER.

58) **Frederick G. Smith. Gegen Heufieber. (For hay fever.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Menthol 1,2
Ol. amygdal. dulc. 7,5
Acid. carbol. 0,6
Cocain hydrochlor. 0,36
Ung. zinc. oxydat. 15,0.

M. D. S. Mittelst Wattebausch in die Nase zu appliciren. EMIL MAYER.

59) **J. A. Thompson. Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen. (Headaches from nasal causes.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 14. Januar 1899.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Joseph A. White. Kopfschmerzen vom Auge und von der Nase aus. (Headaches ocular and nasal.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 10. Febr. 1899.*

Die hartnäckigsten Kopfschmerzen finden sich in Fällen von fester Hypertrophie der mittleren Muschel mit Druck auf das Septum und öfters mit Verwachsungen, gewöhnlich knöchener Natur, zwischen beiden. EMIL MAYER.

61) **A. D. Mc Conachie. Der Kopfschmerz, seine Ursachen und Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der nasalen und ocularen Kopfschmerzen. (Headaches causes and treatment with special reference to nasal and ocular headaches.)** *Maryland Med. Journal. 4. März 1899.*

Kopfschmerz kann durch verschiedenartige Zustände, die Druck und Stenosen in der Nase erzeugen, zustande kommen, aber selten durch atrophische Processe.

EMIL MAYER.

62) **T. Wilkinson Jersey. Kopfschmerz und seine Beziehung zu Krankheiten der Augen, Ohren, des Halses und der Nase. (Headache and its relation to diseases of the eye, ear, throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Die sehr ausführliche Arbeit enthält nichts Neues oder Originelles. Nach seiner eigenen oft wiederholten Versicherung betrachtet es der Verf. als seine Aufgabe, den Allgemeinpractiker über den dem Specialisten geläufigen Zusammenhang gewisser Kopfschmerzen und lokaler Erkrankung in Ohr, Auge, Nase und Hals zu informiren. LEFFERTS.

63) **Parmentier. Das Kopfweh und die Nasenaffectionen. (Le mal de tête et les affections du nez.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 10. 1899.*

Studie von allgemeinem Interesse über das den Lesern dieser Zeitschrift geläufige Thema. BAYER.

64) **M. Hajek** (Wien). **Ueber den Kopfschmerz bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen.** Wiener medicin. Club, Sitzung vom 22. Februar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 10 u. 18. 1899.*

Abgesehen von den ulcerativen Processen kommen zweierlei Erkrankungen der Nase in Betracht: Die Affectionen der Nasenhöhlen und einzelne hypertrophische Veränderungen der Nasenschleimhaut. — Erstere haben wegen ihres häufigeren Vorkommens eine grössere Bedeutung. Der bei Erkrankungen der Nebenhöhlen vorkommende Kopfschmerz kann neuralgischer Natur sein, oder von unbestimmtem Charakter, oder endlich in Form einer Hemicranie. — Hajek räth beim Kopfschmerz nie die Untersuchung des ganzen Körpers ausser Acht zu lassen. — Im Anschlusse an den Vortrag folgt die Discussion, die nichts Neues zu Tage fördert.

CHIARI.

65) **Redact. Notiz. Kopfschmerz aus nasalen Ursachen. (Headache from nasal causes.)** *N. Y. Med. News. 8. April 1899.*

Eine belegte Zunge weist öfter auf Mundathmung hin, als auf Dyspepsie.

Wenn Cocainisirung der Nase den Kopfschmerz lindert, so ist dessen nasaler Ursprung dadurch wahrscheinlicher. Ebenso spricht für letzteren Zunahme des Schmerzes im Kopfe bei Berührung einer erkrankten Partie in der Nase mit der Sonde. Diese Proben aber sind nicht immer beweisend. Bisweilen entscheidet erst der Erfolg der Therapie die Diagnose.

LEFFERTS.

66) **E. L. Vansant. Eine neue und erfolgreiche Behandlungsweise für gewisse Formen von Kopfschmerz, Taubheit und Ohrenklingen. (A new and successful treatment for certain forms of headache, deafness and tinnitus aurium.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Bemerkenswerth schnelle und gute Resultate wurden erzielt durch das einfache Mittel der Einleitung eines heissen trockenen Luftstroms unter einigem Druck in die Nasennebenhöhlen und die Eustachische Tube. Die prompte Beseitigung der Schmerzen durch diese Methode erklärt Verf. dadurch, dass der Schmerz durch die Retention von Gasen oder Flüssigkeiten in den Nebenhöhlen verursacht wird und die Heissluftdouche die Abflusswege freilegt.

EMIL MAYER.

67) **Max Carrière. Lebender Fremdkörper in der Nase. (Corps étranger vivant des fosses nasales.)** *Gazette hebdom. de Medecine et de Chirurgie. 24. November 1898.*

Ein umfangreicher Abscess der Nasenscheidewand, hervorgerufen durch das Vorhandensein einer Insectenlarve. Die Incision führte schnelle Heilung herbei.

PAUL RAUGE.

68) **F. Meyer** (Darmstadt). **Ein Beitrag zur Frage der Entstehung der Nasensteine.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 64. 1899.*

M. entfernte einer 35 jährigen Frau einen Nasenstein, dessen Kern ein Knopf bildete, den die Pat. in ihrem 5. Lebensjahre in die Nase eingeführt haben will. Die Betrachtungen, die Verf. an den Fall anschliesst, führen ihn zu dem Schlusse, dass zur Bildung eines Steins, speciell des Nasensteins, gehört:

1. Eine individuelle örtliche Disposition der Schleimhaut, die natürlich oder durch Catarrhe erworben sein kann.

2. Eine physiologisch stärkere oder pathologisch vermehrte Secretion.

3. In vielen Fällen, speciell für die Nasensteine wohl in fast allen Fällen, das Vorhandensein oder Hinzukommen eines, wenn auch mikroskopisch kleinen Fremdkörpers.

4. Bei lokaler Disposition und stärkerer Secretion genügt unter Umständen schon das Vorhandensein einer anatomischen Differenz oder Stauung zur Entstehung eines Secretes.

F. KLEMPERER.

69) **G. Ostino. Ein Fall von Rhinolith. (Un caso di rinolite.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 3. Juni 1898.*

Die chemische Analyse des Urins ergab: Wasser 3,78 pCt., organische Substanz 17,57 pCt. und mineralische 82,43 pCt. Die anorganischen Bestandtheile setzen sich zusammen aus phosphorsaurem Kalk, phosphorsaurer Magnesia, Calciumcarbonat, kleinen Mengen von Eisenphosphat und Spuren von Sulfaten.

FINDER.

70) **Sakheew** (Moskau). **Ein Fall von besonders grossem Fremdkörper (Rhinolith) in der Nase. (Slutschai osohenno bolschowa inorodnawo tela w nosu.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Ein Stück Holz, das beim Fallen in die Nase des Patienten gerathen war, wurde nach 19 Jahren entfernt.

P. HELLAT.

71) **Vulpius. Zur rhinologischen Casuistik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

Ein beim Essen in die Nase gehustetes Knochenstück setzt sich im mittleren Nasengange fest, bewirkt Entzündung und sehr starke Anschwellung in der Umgebung. Eine ungeschickte Zangenoperation macht einen geschwürähnlichen Defect auf der Anschwellung und verwischt das Bild derart, dass die Diagnose anfänglich zwischen maligner Neubildung und Kiefernhöhlenempyem schwankte.

ZARNIKO

72) **Wladimiroff** (Moskau). **Eine Schlinge zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern.** *Arch. f. Kinderheilkund. XXVI. Bl. 5., 6. Heft. 1899.*

Das von W. empfohlene Instrument besteht aus zwei metallischen Schlingen mit völlig stumpfen Rändern, die Enden der Schlingen sind unter einem stumpfen Winkel gekrümmt und haben eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Comedonenquetscher. Die Einführung der Schlinge ist sehr einfach (hat aber keinen wesentlichen Vorzug vor einer entsprechend gekrümmten Knopfsonde, Ref.)

SEIFERT.

73) **H. Cordes. Eine Modification am Schötz-Krause'schen Doppelmeissel.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 3. 1899.*

Beschreibung und Abbildung des von H. Windler in Berlin zu beziehenden Instrumentes zur Entfernung von Spinen und Cristen der Scheidewand.

SCHECH.

74) **Ernest Hall. Ein neuer Stütz- und Messapparat an der Nasensäge. (A new supporting gange for nasal saw.)** *N. Y. Med. Record. 18. Februar 1899.*

Beim Gebrauch der Nasensäge hatte Verf. manchmal Schwierigkeiten, die Tiefe, bis zu der die Säge vordrang, genau zu bestimmen, und gelegentlich drang dieselbe noch in die hintere Rachenwand ein. Er hat deshalb einen besonderen Apparat zur Bestimmung der Tiefe construirt, dessen Beschreibung und Abbildung im Original nachzusehen ist. Der Praktiker wird wahrscheinlich nach wie vor auf seinen Tastsinn sich verlassen und ohne dieses Instrument auskommen.

LEFFERTS.

75) **L. G. Doane. Eine Behandlungsmethode für Nasenkrankheiten. (A method of treating nasal diseases.)** *Med. Progress. Juni 1899.*

Nichts Ungewöhnliches. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

76) **Goris. Enchondrom der Unterkieferdrüse. (Enchondrome de la glande sous-maxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1899. Annal. de la Soc. Méd.-Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

In der med. chir. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 25. Juli 1899, zeigte G. 2 Präparate von einem Enchondrom vor, in dessen Innern sich ein kleiner Stein befindet, welcher wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Neubildung bildet. Die Drüse selbst konnte erhalten werden. BAYER.

77) **W. Freudenthal. Zwei Fälle von Speichelstein in den Submaxillardrüsen. (Two cases of salivary calculus in the submaxillary glands.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Vorstellung der beiden Fälle. EMIL MAYER.

78) **Dufour. Mumps der Unterkieferdrüse. (Oreillon de la glande sous-maxillaire.)** *La Clinique. No. 18. 1899.*

Mittheilung im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 7. April 1899, von einem Fall von plötzlicher Anschwellung der Unterkieferdrüse bei einem 8jährigen Knaben, bei welchem sich einige Tage später ein regelrechter Mumps entwickelte, von dem ebenfalls seine Schwester befallen wurde. BAYER.

79) **Robert W. Tate. Ludwig'sche Angina. (Ludwig's angina.)** *Memphis Lancet. Juli 1899.*

Bericht über 2 Fälle, die beide durch cariöse Zähne verursacht waren. Im Fall 1 starb der Pat., ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind; die Section ist gemacht. Fall 2 — das Alter des Pat. ist nicht angegeben — kam zur Heilung. EMIL MAYER.

80) **Marfan** (Paris). **Die membranöse Angina der folliculären Form und die Diagnose der Halsbeläge. (Angine pultacée cryptique. Diagnostic des angines blanches.)** *Bulletin médical. 22. Februar 1899.*

Bei der Vorstellung eines Kindes mit folliculärer oder cryptischer Angina stellt M. folgende Regeln auf.

1. Eine acute primäre Angina mit cohärenten Membranen ist a priori als diphtheritisch zu betrachten und mit Serum zu behandeln vor der bakteriologischen Untersuchung, die sich übrigens zur Bestätigung der Diagnose an die Injection stets anschliessen soll.

2. Die punctirten oder diffusen Anginen sind nicht als diphtheritisch anzusehen und daher erst zu injiciren, wenn die bakteriologische Untersuchung — was selten der Fall ist — doch Diphtheriebacillen erweist.

3. In allen zweifelhaften Fällen macht man zweckmässiger Weise eine Injection, ohne das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung abzuwarten.

PAUL RAUGÉ.

81) **Du Mesnil de Rochemont. Ist es nothwendig, Anginakranke zu isoliren?** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1899.*

Der Autor bejaht die Frage und beweist die Richtigkeit seiner Ansicht durch die Thatsache, dass durch eine im Altonaer Krankenhause liegende, wegen acuten Gelenkrheumatismus verpflegte und ohne nachweisbaren Grund an Angina erkrankte Patientin, eine Epidemie entstand, wobei von 67 Patienten 18 im Laufe eines Monats ebenfalls an Angina erkrankten.

SCHECH.

82) **H. Zeehuisen** (Utrecht). **Klinische Wahrnehmungen über Angina non-diphtherica. (Klinische waarnemingar over angina non-diphtheritica.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 23. 1899.*

Z. hat 72 Fälle von Angina bei Soldaten klinisch beobachtet und bacteriologisch untersucht. Darunter waren 5 Fälle von catarrhalischer Angina, 3 von phlegmonöser Angina. Die übrigen waren folliculärer Natur; darunter 16 Fälle, bei denen eine mehr zusammenhängende, confluirende Exsudatmasse beobachtet wurde. Die bacteriologische Untersuchung ergab indessen ziemlich übereinstimmende Resultate. Im Ganzen wurden bei den 72 Anginae 32mal Streptokokken, 10mal Staphylokokken (5 albus, 5 aureus), 25mal Strepto- und Staphylokokken (13 albus, 12 aureus), 1mal Streptokokken und ein kurzes Stäbchen, 1mal Strepto- und Diplokokken, 1mal Strepto-, Diplo- und Staphylokokken, 1mal Strepto- und Diplokokken und ein kurzes Stäbchen und 1mal ein kurzes Stäbchen in Reincultur gefunden. Ausserdem wurde der Löffler'sche Bacillus 3mal, der Pseudodiphtheriebacillus 2mal angetroffen. Die Virulenz der aus 22 Fällen erhaltenen Culturen wurde an Mäusen erforscht. Die virulenten Culturen entsprachen im Allgemeinen den klinisch schweren Krankheitsfällen. Die Mikroorganismen als solche hatten in diesen 22 Fällen mit der Virulenz der Maus nichts zu thun. Für nähere Details muss ich auf das Original verweisen.

H. BURGER.

83) **R. Martin. Studie über katameniale Anginen. (Etude sur les angines cataméniales.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Kenntniss vom Vorkommen von Anginen bei menstruellen Störungen ist nicht neueren Datums; bereits Hippokrates hat es beschrieben. M. hat 38 Beobachtungen dieser Art gesammelt und folgende Schlüsse daraus gezogen:

a) Anginen folgen häufig auf menstruelle Störungen.

b) Diese Anginen gehören sehr häufig der herpetischen Form an.

c) Von Bacterien wird bei solchen Anginen meist der Streptokokkus angetroffen.

d) Zur Erklärung solcher Anginen darf wohl die physiologische Inferiorität und die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus während der Menstruation herangezogen werden.

e) Die Behandlung ist dieselbe wie bei jeder anderen Angina; nur ist noch für die Beseitigung der Menstruationsstörungen Sorge zu tragen. PAUL RAUGÉ.

84) **Arslan. Weitere fünf Fälle von Angina und pseudo-diphtheritischer Rhinitis verursacht durch den Bacillus der Schweinesepticämie. (Altri cingue casi di angina e rinite pseudo-difterica infettivo-contagiosa de bacillo della septicaemia dei suini.)** *Bolett. delle malattie dell'orecchio etc. Febr. 1898.*

Es handelt sich um eine Hausepidemie, bei welcher vier Geschwister und eine Magd unter dem Bild der Diphtherie erkrankten, zum Theil die Beläge ausser auf den Tonsillen auch in der Nase zeigten. Die auf Wunsch der Angehörigen vorgenommene Injection von Diphtherie-Heilserum erwies sich als völlig wirkungslos, dagegen genasen alle Patienten unter Anwendung von Gargarismen. Verf. gelang es, in dem Material, das er von den Tonsillen entnommen hatte, denselben Bacillus wiederzufinden, den er bereits in einer früheren Publication als Erreger diphtherieähnlicher Erkrankungen beschrieben und dessen Identität mit dem Bacillus der Schweinesepticämie er erwiesen hatte. FINDER.

85) **Blackader. Die Anginen beim Scharlach. (The anginas of scarlet fever.)** *The Monthly Cyclopaedic of Practical Medicine. Mai 1899.*

Serum soll nur gegeben werden, wenn der Klebs-Loeffler'schen Bacillus vorhanden ist. Eine tägliche Injection von 0,9 einer 3proc. Carbolsäurelösung in die afficirten Gewebe wird empfohlen. Nephritis ist keine Contraindication für diese Behandlung. EMIL MAYER.

86) **Calvin J. Page. Vorläufige Mittheilung über einen aus dem Halse von Scharlachpatienten isolirten Streptococcus. (A preliminary study of streptococci isolated from throat cultures from patients ill with scarlet fever.)** *Journal of the Boston Society of Med. Sciences. 20. Juni 1899.*

Verf. hat 24 Fälle untersucht und in allen bis auf einen in den primären Culturen einen Streptococcus gefunden, den er in den meisten Fällen isoliren konnte. Er beschreibt die bacteriologische Technik seiner Untersuchungen.

EMIL MAYER.

87) **Bergé. Erosive Angina nach Scharlach. (Angine érosive post-scarlatineuse.)** *Société de Pediatrie. Paris. 10. October 1899.*

Ein Fall von oberflächlicher Ulceration der Mandel bei einem Mädchen von 4 Jahren 54 Tage nach Ausbruch eines leichten und gutartigen Scharlachs. Die Erosion ist anfangs von Fieber und Drüsenschwellung begleitet, später tritt noch Nephritis hinzu. Die Albuminurie dauerte nahezu einen Monat. Die Angina heilt bald und vollständig, doch bleibt auf der Mandel ein grau-gelblicher Narbenfleck, der noch nach 3 Monaten sehr sichtbar ist. A. CARTAZ.

88) **Carrière. Pseudomembranöse Angina durch Streptococcen mit Lähmung des Gaumensegels. (Angine pseudo-membraneuse à streptocoques. Paralysie du voile du palais.)** *Société médicale des Hopitaux. 10. Februar 1899.*

Es handelt sich um eine pseudomembranöse Angina, bei der das Mikroskop ausschliesslich Streptokokken nachwies, indess 2 Monate später eine Gaumenlähmung eintrat.

PAUL RAUGÉ.

89) **Le Damany. Eine Epidemie von einfacher Streptococcen-Angina. (Une epidémie d'angines simples à streptocoques.)** *Presse méd. 15. Nov. 1899.*

Die Epidemie trat im Winter 1898/99 in Rennes auf. Zur Beobachtung kamen etwa 100 Fälle, von denen die Hälfte bacteriologisch untersucht wurde. Die Entstehung durch Influenza kann bis auf einige wenige Fälle mit Gewissheit ausgeschlossen werden; es gab damals keine Grippe in der Stadt, und es wurde in keinem Falle der Influenzabacillus gefunden.

Bemerkenswerther Weise ergaben die Culturen in allen den verschiedenen Fällen, trotz ihres offenbar verschiedenen klinischen Aussehens, Streptokokken, bald rein (in $^1/_4$ der Fälle), bald untermischt mit Staphylokokken.

Das klinische Bild dieser Anginen liess 2 Gruppen unterscheiden. Die erste umfasst alle die Fälle, in denen die Angina als wesentliche Läsion in den Vordergrund trat: dazu gehören 13 Fälle von bläschenförmiger oder herpetischer Angina, 1 Fall von pseudomembranöser Angina und 21 Fälle von erythematöser Angina. Die zweite Gruppe umfasst die ganz leichten Anginen, bei denen mehr andere Erscheinungen an den oberen Luftwegen (complicirende Coryza 1mal, Laryngitis 2mal, Tracheobronchitis 2mal etc.) im Vordergrund standen.

Ein hervorstechender Zug der ganzen Epidemie war die Häufigkeit des gutturalen oder facialen Herpes. Von Interesse ist namentlich der gleichmässige Befund von Streptokokken bei allen den recht verschiedenartigen Anginen. Es bestätigt dieser Befund die Ansicht Lemoine's, dass alle acuten Anginen streptokokkisch sind.

A. CARTAZ.

90) **August Jerome Lartigan** u. **Andrew Mc Farlane. Acute Angina. (Acute angina.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Ein Fall von Angina, bei dem der Tetragenus in Reincultur gezüchtet wurde. Dieser Coccus wurde bis vor Kurzem als reiner Saprophyt ohne Bedeutung angesehen. Es hat sich aber gezeigt, dass er auch eine pathogene Rolle im menschlichen Körper zu spielen vermag. Vom Aussehen des Halses in Fällen von Tetragenus-Angina wird gesagt, dass derselbe wie mit Sand überstreut erscheint.

EMIL MAYER.

91) **A. Billot. Zwei neue Fälle von Angina mit Friedländer'schen Bacillen. (Deux nouveaux cas d'angine à bacille de Friedlaender.)** *Presse médicale. 8. März 1899.*

Der erste Fall wies neben dem Friedländer noch den kurzen Löffler-schen Bacillus auf, der zweite nur Friedländer'sche Bacillen auf. In Uebereinstimmung mit Nicolle und Hébert sieht B. als charakteristisch für die Pneumobacillen-Angina an:

1. die Form der Pseudomembran, die den unterliegenden Geweben sehr fest adhärent und mit weissen Punkten durchsetzt ist;

2. die Benignität der Allgemeinerscheinungen, das Fehlen von Fieber und Drüsenschwellung, von Dysphagie und Prostration.

PAUL RAUGÉ.

92) **G. Schneider** (Oran). **Angina mit spindelförmigen Bacillen von Vincent. (Angine à bacilles fusiformes de Vincent.)** *Presse méd. 17. Juni 1899.*

Ein neuer Fall dieser Abart von Angina. Der Fall wurde anfangs als syphilitischer Mandelschanker angesehen, da eine Ulceration mit starker Drüsenschwellung vorlag. Die bacteriologische Untersuchung ergab aber in dem aus Fibrin und Eiterkörperchen gebildeten Exsudat sehr zahlreiche spindelförmige Bacillen, theils isolirt, theils in Haufen liegend, zusammen mit reichlichen Spirillen. Das Geschwür auf der Mandel heilte in 6 Tagen unter Pinseln mit Jodtinctur und Gurgeln mit Chlorkali.

PAUL RAUGÉ.

93) **C. Nicolle. Die ulcerös-membranöse Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (L'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Normandie méd. 1. Juni 1899.*

Bericht über zwei neue Fälle. Im ersten bestand gleichzeitig eine Ulceration der Lippe von demselben Ausnehen, das die Ulceration der Mandel hatte. Ferner wurden im oberen Theile des Gesichts einige ödematöse Stellen ohne Erythem oder Farbenveränderung der Haut constatirt, die auf Druck sehr schmerzhaft waren. Im zweiten Falle trat im Verlauf der Angina ein polymorphes Erythem mit papulösen und nodösen Elementen auf. N. betrachtet diese Art der Angina als identisch mit der ulcerös-membranösen Stomatitis.

A. CARTAZ.

94) **Letulle** (Paris). **Acute ulceröse Streptococcen-Angina. (Angine aigue ulcéreuse streptococcique.)** *Société anatomique. 7. Juli 1899.*

L. berichtet über 2 Fälle von acuter Angina mit weiten Ulcerationen am Gaumensegel, an den Gaumenbögen, den ary-epiglottischen Falten und der Schleimhaut der Aryknorpel. In der gesammten Ausdehnung der Geschwüre fanden sich Streptokokken.

Beide Fälle endeten letal.

PAUL RAUGÉ.

95) **A. Panoff. Die schankerartige ulcerös-membranöse Angina und die ulcerös-membranöse Stomatitis mit spindelförmigen Vincent'schen Bacillen und Spirillen. (De l'angine ulcéro-membraneuse chancriforme et de la stomatite ulcéro-membraneuse avec bacilles fusiformes de Vincent et spirilles.)** *Thèse de Nancy. 1899.*

Die ulceröse Amygdalitis und Stomatitis scheinen ein und dieselbe Krankheit mit verschiedener Localisation zu sein. Sie bestehen in manchen Fällen thatsächlich nebeneinander und bei beiden findet man dieselben Bacterien.

Die Tonsillitis ist anfangs membranös (diphtheroid), später ulcerös, schankerartig. Klinisch ist sie charakterisirt durch die Anschwellung der Sub- und Retromaxillardrüsen, durch Dysphagie, übelriechenden Athem und Fiebertemperatur. Die Krankheitsdauer beträgt 14 Tage bis 3 Wochen.

Die Diagnose bietet manchmal Schwierigkeiten. Zur Therapie empfiehlt P. reichliche Spülungen mit Labarraque'scher Lösung und Pinselungen mit Jodtinctur und Mentholcampher.

P.'s Arbeit fasst einschliesslich 14 eigener neuer Fälle 133 Beobachtungen dieser Form von Angina zusammen. A. CARTAZ,

d. Diphtheritis und Croup.

96) **L. Cobbett. Die Widerstandskraft von Ratten gegen Diphtheriegift. (The resistance of rats to diphtheria toxin.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899.*

Ratten werden nach C.'s Experimenten erst durch das 1500—1800fache der für Meerschweinchen tödtlichen Dosis von Diphtherietoxin getödtet. Das Serum dieser refractären Thiere aber schützt wenigstens in einer Menge von 1,0 ccm Meerschweinchen nicht in erkennbarer Weise. ADOLPH BRONNER.

97) **Alfred Coles. Eine Modification der Neisser'schen Färbung für Diphtheriebacillen. (A modification of Neisser's diagnostic stain for the diphtheria bacillus.)** *Brit. Med. Journal. 20. Mai 1899.*

C.'s Vorschrift lautet:

1. Verstreichen der Cultur anf Deckgläschen oder Objectträgern; vorzuziehen das letztere.
2. Fixirung auf die gewöhnliche Art durch Hitze oder in absolutem Alkohol und Aether ana.
3. Färbung in Neisser'schem Methylenblau 10—30 Secunden.
4. Waschen und 10—30 Secunden in Gram'sche Lösung in Weigert'scher Modification (Jodi 1,0, Kalii jodat. 2,0, Aqu. 200) tauchen.
5. Gründlich in Wasser abwaschen und 10—30 Secunden lang in starker Vesuvinlösung färben.
6. Trocknen und in Canadabalsam einbetten. ADOLPH BRONNER.

98) **Joos. Untersuchungen über Diphtheriediagnose. Ein neues und verbessertes Culturverfahren für den Nachweis von Diphtheriebacillen im Exsudate und Erlangung von Reinculturen. Analyse von Dr. Suci.** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juni 1898.*

J. hat ein Serum hergestellt, welches bei 100° sterilisirt und in Platten gegossen werden kann, ohne das Serum zu coaguliren, dank einer alkalischen Action (Zusatz von Sodalösung). Die Diagnose kann nach 5—6 Stunden, aber immer nach 12—15 Stunden (im Brutofen bei 37°) gestellt werden. BAYER.

99) **Glücksmann** (Dzialoszyn). **Ueber die bakteriologische Diagnose der Diphtherie.** Züricher Dissertat. Leipzig 1897 bei Veit & Comp.

100) **Bernheim** (Zürich). **Ueber die Pathogenese und Serumtherapie der schweren Rachendiphtherie.** Doctordissertat. aus Zürich. Leipzig u. Wien bei Fr. Deutike. 1898.

101) **Blatter** (Aarau). **Ueber die neueren Resultate der Diphtheriebehandlung**

der chirurgischen Klinik in Zürich mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. Doctordissertat. aus Zürich. Jena b. Fischer. 1898.

Namentlich letztere Arbeit werthvolles Material behandelnd bezüglich der Serumtherapie, gegenüber der früheren Diphtheriebehandlung ohne Serum. Der Standpunkt dieser Arbeiten enthält nicht mehr wesentlich Neues.

Alle 3 Arbeiten sind für die Sammelforschung in dieser Frage zu notiren.

JONQUIÈRE.

102) **Rüttimann** (Bern). **Statistischer Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie im Kanton Zürich überhaupt in den Jahren 1881—1887 und speciell in den Bezirken Winterthur und Andolfingen in den Jahren 1884—1886.** Berner Dissert. Bern b. Stämpfli. 1899.

Statistisch sehr schöne genaue Bearbeitung des Materials von 345 Fällen nach allen Richtungen mit vielen graphischen Tafeln. Wie Verf. selbst sagt, sind die gewonnenen Resultate ärmlich, z. Th., weil die Fragebogen nicht genau verfasst waren. Als allgemeine Schlüsse seien angeführt: Die Frequenz der D. ist am grössten um das dritte Lebensjahr herum. Das weibliche Geschlecht ist stärker betheiligt als das männliche. Die Krankheitsfälle stehen um so schlechter in der Prognose, je mehr Localisationen der Beläge vorhanden sind. Bestimmte Witterungsfactoren hatten unbestreitbaren Einfluss auf die Ausbreitung der Epidemie. Die Curve der mittleren Feuchtigkeit stimmt mit derjenigen der Morbidität überein. Von der Temperatur war die Epidemie in der Weise abhängig, dass sich die Morbiditätscurve bei Kälte um 2 Monate postponirend erhöhte. JONQUIÈRE.

103) **H. L. Russell. Der Diphtheriebacillus; seine Persistenz im Munde von Reconvalescenten. (The diphtheria bacillus. Its persistence in the mouths of convalescents.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

R. fand in 3 Fällen virulente Diphtheriebacillen $4^1/_2$, $3^1/_2$ und 2 Monate nach dem Ausbruch der Krankheit im Munde der betreffenden Patienten. Derartige Fälle erklären den Ausbruch scheinbar sporadischer Erkrankungsfälle.

EMIL MAYER.

104) **G. Garrett** u. **J. Washbourn. Eine systematische bakteriologische Untersuchung des Halses bei Scharlachfieber als ein Mittel zur Verhütung von postscarlatinöser Diphtheritis. (A systematic bacteriological examination of the fauces in scarlet fever as a means of preventing postscarlatinal diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899. The Canadian Journal of Medicine and Surgery. August 1899.*

Bei 666 Fällen von Scharlach im London Fever Hospital wurde der Hals bacteriologisch auf Diphtheriebacillen untersucht. Nur in 7 Fällen wurden Bacillen, die morphologisch dem Loeffler'schen Bacillus glichen, bei der Aufnahme constatirt. Der Hoffmann'sche Bacillus wurde 21 mal gefunden. Die postscarlatinöse Diphtherie kann nur durch die Aufnahme unerkannt gebliebener Diphtheriefälle auf die Scharlachabtheilung erklärt werden. ADOLPH BRONNER.

105) **Berlioz. Die Diphtheriesterblichkeit in Grenoble im Jahre 1898. (La mortalité par diphthérie à Grenoble en 1898.)** *Dauphinée Medicale. Juni 1899.*

Von 31 zur Anzeige gekommenen Fällen starben 5, d. h. 16 pCt. Von den Fällen, bei denen frühzeitig Serum injicirt wurde, starben nur 3 pCt.

PAUL RAUGÉ.

106) **F. Massei. Der latente Croup (Diphtherie?). (Il crup latente.)** *Archiv. Ital. di Laringologie. April 1898.*

Der Verlauf der vom Verf. an der Hand eines von ihm beobachteten Falles geschilderten Form von Croup ist der, dass nach wochenlangem Bestehen geringfügiger Athembeschwerden plötzlich das Bild einer hochgradigen Larynxstenose entsteht. Es fehlt Fieber und sonstige Allgemeinerscheinungen ebenso wie irgend welcher positive Befund im Rachen und nur auf Grund laryngoscopischer Untersuchung gelangt man in dazu geeigneten Fällen zur exacten Diagnose. In dem vom Autor mitgetheilten Fall konnte man deutlich ein weisses Exsudat auf der linken Stimmlippe konstatiren. Obwohl die bacteriologische Untersuchung des hiervon entnommenen Materials auf Löffler-Bacillen negativ ausfiel, entschloss sich Verf. doch, 1000 I.-E. Antidiphtherieserum zu injiciren, worauf Heilung eintrat. Verf. knüpft hieran einige allgemeine Bemerkungen über Croup überhaupt, aus denen hervorgeht, dass er ein unbedingter Anhänger der Serumtherapie ist. Während die Mortalität vor Einführung derselben bei Croup 75 pCt. betrug, hat er jetzt 75 pCt. Heilungen zu verzeichnen. Er räth, in jedem Fall, wo der Verdacht auf Larynxcroup besteht, sich nicht mit Bemühungen, zu einer exacten Diagnose zu gelangen, übermässig aufzuhalten, sondern möglichst frühzeitig zu einer Seruminjection zu schreiten und zwar empfiehlt es sich, ein Serum von nicht zu geringem Immunitätswerth anzuwenden.

FINDER.

107) **Broeckaert. Ueber die primäre Diphtheritis der Pharynxtonsille. (De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngées.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 9. 1899. La Belgique Méd. No. 5. 1899.*

Nach B. ist diese Localisation häufiger als man glaubt. Beobachtung eines Falls bei einem 14jährigen Mädchen mit schmerzhafter Anschwellung der Unterkieferdrüsen und dickem Belag von Pseudomembranen auf der ulcerirten Pharynxtonsille. Die Culturen erwiesen: Löffler'sche Bacillen, zahlreiche Staphylococcen, wenig Streptococcen, Heilung beinahe spontan, woraus der Autor auf eine relative Benignität dieser Form von Diphtheritis zu schliessen sich berechtigt glaubt, obgleich dieselbe ernstliche Gefahren für Ansteckung nicht ausschliessen lasse.

BAYER.

108) **F. Edgeworth. Ein Fall von Diphtherie mit letalem Ausgang durch einen Thrombus in der Basilararterie. (Case of diphtheria in which death resulted from a clot in the basilar artery.)** *Lancet. 10. Juni 1899.*

9jähriger Knabe mit Diphtherie; die rechte Lungenspitze ist leicht infiltrirt. Behandlung mit Serum. Albumen. Rechtsseitige Gaumenlähmung, Am 27. Tage der Krankheit Opisthotonus; dann tonischer Krampf aller Muskeln ausser denen des Gesichts. Hohes Fieber.

Bei der Section fand sich der nicht der Wand adhärente Thrombus in der oberen Partie der Basilararterie.

ADOLPH BRONNER.

109) **J. A. Forsland. Schwefelpräcipitat bei Diphtheritis. (Precipitated sulphur in diphtheria.)** *Medical Brief. Juni 1899.*

F. rühmt den Nutzen 3 mal täglicher Insufflation von Schwefelpräcipitat.

EMIL MAYER.

110) **Gosset. Die Localbehandlung der diphtheritischen Angina. (Traitement local de l'angine diphthérique.)** *Union Médicale du Nord-Est. 30. Juni 1899.*

G. hat mit Argentum nitricum gute Resultate erzielt.

PAUL RAUGÉ.

111) **Roulin. Diphtheritische Angina geheilt durch Douchen von Natrium phenolicum. (Angines diphthériques guéries par les douches de phénate de soude.)** *Paris. 14. Mai 1899.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von diphtheritischer Angina, beide bacteriologisch untersucht — der eine mit reinem Diphtheriebacillenbefund, der andere eine Mischinfection — die beide unter Spülung mit phenolsaurem Natrium heilten.

Verf. schliesst, dass das Serum nicht unerlässlich für die Heilung der Diphtherie ist.

A. CARTAZ.

112) **A. Boddaert. Die chinesische Behandlung der Diphtheritis. (Le traitement chinois de la diphthérie.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mars 1899.*

Die chinesische Behandlung der Diphtheritis besteht aus 3 Theilen:

1. einem Pulver zur Localbehandlung,
2. einem Trank, innerlich,
3. einem geeigneten Regime.

Mortalität 20 pCt. Die Details müssen im Text nachgelesen werden.

BAYER.

113) **Samuel S. Anders. Die Erfolge der Serumanwendung bei Diphtherie zu Immunisirungszwecken. (The results in administering the antitoxin of diphtheria as an immunizing agent.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Es erhielten 422 Kinder die Immunisirungsdosis. Der Verf. spricht sich dahin aus, dass ein bestimmtes Urtheil über den Werth des Serums als Immunisirungsmittel bisher nicht möglich ist. Je grösser die Dosis, um so länger dauert die Immunität an. Auf die Nieren übt die Immunislrungsdosis keinen schädlichen Einfluss. Urticaria kam nur in 2 Fällen vor.

EMIL MAYER.

114) **Palmer H. Lyon. Diphtheritis und Serumtherapie in der allgemeinen Praxis. (Diphtheria: the serum treatment in general practice.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Juni 1899.*

Verf. ist Anhänger des Serums und verlangt seine möglichst ausgiebige und frühzeitige Verwendung zu Heil- und Immunisirungszwecken.

LEFFERTS.

115) **J. E. Herman. Der mangelnde Erfolg der Serumtherapie bei Diphtheritis. (Failure of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Med. Review. 24. Juni 1899.*

Bis die Diphtheriemortalität tiefer herabgedrückt ist, als sie jemals vor der Einführung des Serums war, so lange muss nach H. die Serumtherapie als ein Misserfolg angesehen werden.

EMIL MAYER.

116) **C. Bolton. Die Complicationen der Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The complications of the serum treatment of diphtheria.)** *Lancet. 1. April 1899.*

Sorgfältige Beobachtungen an über 100 Fällen. Exantheme — die dem Pferdeserum allein zuzuschreiben sind, ob das Thier immunisirt wurde oder nicht — kamen bei 43,2 pCt., Schmerzen bei 7,4 und Fieber bei 3,6 pCt. vor.

Der Ausschlag tritt in zwei Formen auf, als Urticaria oder als Erythem. Von letzterem sind 4 Arten zu unterscheiden, das multiforme, das einfache, das scarlatinöse und das morbillöse Erythem.

Die Schmerzen sind vornehmlich in den Gelenken localisirt, am häufigsten in den Kniegelenken. Ein Erguss ist nicht oft vorhanden.

Die Temperatursteigerung nach der Seruminjection kommt meist nur in solchen Fällen vor, die Ausschlag und Schmerzen zeigen.

Von 100 Fällen hatten 54 Albumen. Von 100 anderen Diphtheriefällen, die nicht mit Serum behandelt waren, hatten nur 24,1 pCt. Albumen.

ADOLPH BRONNER.

117) **C. W. Richardson. Die Intubationen eines Jahres. (A year's work in intubation.)** *The National Medical Review. Juni 1899.*

31 Fälle wurden intubirt; von ihnen starben 6. Alle hatten Serum erhalten. Das Alter, bei dem die Intubation am meisten Schwierigkeiten macht und am wenigsten Erfolge hat, ist 18—36 Monate.

EMIL MAYER.

118) **L. Sourdille. Diphtheritische Laryngitis, prolongirte Intubation von über 10 Tage — 250 Stunden — langer Dauer. (Laryngite diphthérique, tubage prolongé pendant près de 12 jours, 250 heures.)**

Das 2jährige Kind kam zur Heilung. Die Intubation konnte trotz Seruminjection nicht vorher abgebrochen werden.

A. CARTAZ.

119) **A. E. Mitchell. Intubation gegen Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1899.*

M. vergleicht den Werth der Intubation mit dem der Tracheotomie bei der Diphtherie und verwirft die erstere: 1. weil sie leicht lockere Membranstücke in die Trachea hinabstösst, wodurch die Gefahr momentaner Erstickung erzeugt wird; 2. weil sie so erhebliche Ernährungsschwierigkeiten macht; 3. weil sie leicht Ulcerationen an den geschwollenen Stimmbändern mit bleibender Schwächung der Function verursacht; 4. weil sie das Auswerfen von Membranfetzen, Trachealsecreten etc. eher erschwert als erleichtert und 5. weil im Falle des Aushustens der Tube die Wärterin allein ganz ausser Stande ist, sie wieder einzuführen.

LEFFERTS.

120) **C. Comba** u. **G. Simonetti. Behandlung der acuten Larynxstenosen bei Kindern. (Cura delle laringostenosi acute nei bambini.)** *La Pediatria. No. 3 u. 4. 1899.*

Aus den von den Autoren während der Jahre 1894—1898 an der Kinderklinik zu Florenz gesammelten Beobachtungen geht zunächst herror, dass seit Einführung der Serumtherapie die Sterblichkeit der daselbst wegen diphtherischer Larynxstenose operirten Kinder von 60 pCt. auf 26,58 pCt. zurückgegangen ist. Bezüglich der Frage, ob Intubation oder Tracheotomie, so sehen die Verff. in ersterer in jedem Fall eine moderne Methode, um einer imminenten Lebensgefahr Herr zu werden; sie widerrathen ihre Anwendung bei Kindern unter 2 Jahren, bei Rhachitischen und in Fällen, die mit Bronchopneumonie complicirt sind. Bisweilen muss nach erfolgter Intubation noch die secundäre Tracheotomie gemacht werden, und zwar bei Anwesenheit zahlreicher Membranen in den Luftwegen, von denen eine fortwährende Verstopfung der Tube droht, ferner, wenn eine ausgegedehnte Bronchopneumonie entsteht mit reichlichem schleimig-eitrigem Secret, das nicht gut durch die Tube ausgeworfen werden kann, sodann bei häufigem Aushusten der Tube. Die Autoren stehen auf dem Standpunkte derjenigen, die fordern, dass intubirte Kinder während der ganzen Dauer der Intubation unter fortwährender ärztlicher Bewachung stehen.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Carl Magenau. Statistischer Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 304. 1899.*

Verf. analysirt 400 Fälle, die auf der Klinik von Prof. Jurasz (Heidelberg) untersucht wurden. Dieselben zerfallen in 65 einseitige, 153 beiderseitige und 182 mediane. Von den einseitigen zeigten nur 26 (= 40 pCt.) eine laterale Correspondenz mit der Lungenaffection, von den doppelseitigen 61 (= 39,9 pCt.) ein Ueberwiegen einer Seite und zwar 22 (= 36,1 pCt.) auf der correspondirenden, 39 (= 63,9 pCt.) auf der nicht correspondirenden Seite. Diese Zahlen stimmen mit den von Krieg gefundenen (vergl. Centralbl. XV. p. 373. No. 116) nicht überein. Der Verf. zieht daraus nicht den Schluss, dass die von Krieg angenommene Infection des Larynx durch die Lymphwege nicht stattfindet, sondern nur den, dass der Beweis derselben durch die Statistik nicht zu führen ist.

F. KLEMPERER.

122) **Parmentier. Einige Bemerkungen über die Larynxtuberculose. (Quelques notions sur la tuberculose laryngée.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 2. 1899.*

Revueartikel, von allgemeinem Interesse.

BAYER.

123) **A. Trifiletti. Ueber einen Fall von primärer Larynx-Tuberculose. (Sopra un caso di tuberculosi laringea primaria.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Jan. 1898.*

Der Fall soll beweisen, dass, wenn das klinische Verhalten und die im La-

rynx gefundenen Veränderungen Zweifel bestehen lassen, ob es sich um eine Tuberculose handelt, auch die wiederholte Untersuchung des Secrets auf Koch'sche Bacillen negativ ausgefallen ist, die histologische Untersuchung von aus dem Larynx entnommenen Partikelchen das typische Bild der Tuberculose ergeben und so die Diagnose sichern kann. Zweifel, ob es sich hier wirklich um eine primäre Larynxtuberculose handelt, scheinen dem Ref. nicht ganz unstatthaft.

FINDER.

124) **Richmond Mc Kinney. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Journal of the Mississipi Med. Assoc. August 1899.*

Vorstellung zweier Fälle von primärer Kehlkopftuberculose. EMIL MAYER.

125) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Die Larynxtuberculose. (Larynxtuberkulosen.)** *Hospitals-Tidende. 1. November 1899.*

Zur Illustration der Schwierigkeiten, die Tuberculose des Kehlkopfes klinisch zu erkennen, theilt S. folgenden Fall mit, der in der Universitätsklinik zu Kopenhagen am 14. März 1898 beobachtet wurde. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, der wegen Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken die Klinik aufsuchte. Es wurde eine ulcerative, neoplastische Infiltration der linken Seite des Larynxinnern constatirt. Die Veränderungen waren denen bei tuberculösen Processen ähnlich; jedoch wurden in den excidirten Stücken der Infiltration keine Tuberkelbacillen gefunden. Die mikroskopische Diagnose war: Adenocarcinom.

Am 22. April 1898 wurde die Thyreotomie und Excision des malignen Gewebes vorgenommen, dessen Natur sich jetzt mikroskopisch als Tuberculose zeigte. Es entwickelte sich eine acute miliare Tuberculose, die zum Exitus letalis im Laufe von 7 Wochen führte.

S. macht auf ähnliche Beobachtungen von Gussenbauer, Dehio, Hennig und mehreren Andern, die sämmtlich die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Krebs hervorheben, aufmerksam.

S. erwähnt ausserdem einen Fall von Heiserkeit bei einem Phthisiker, der nicht an Tuberculose des Larynx litt, bei dem vielmehr die Functionsstörung im Kehlkopfe von einer doppelseitigen Recurrensparese herrührte.

Es handelte sich um eine Abductorparese (Intonationsstellung des Stimmbandes) der rechten Seite und eine complete Paralyse des linken N. recurrens (Positio cadaverosa). Das linke Stimmband war atrophisch. In der Ruhe war die Respiration frei, aber etwas stenotisch bei forcirter Inspiration.

SCHMIEGELOW.

126) **J. Boulai** (Rennes). **Ein Fall von Ansteckung mit Tuberculose; Beginn im Kehlkopf, später Allgemeininfection. (Un cas de contagion de la tuberculose. Début laryngé; puis généralisation.)** *Archiv. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

30jähriger Mann, der mit einem vorgeschrittenen Phthisiker in demselben Zimmer arbeitete. Das erste klinisch wahrnehmbare Symptom war eine Ulceration mit Schwellung am Rand der Epiglottis. Tod nach 2 Monaten. E. J. MOURE.

127) **Richmond Mc Kinney. Ein Fall von secundärer Kehlkopftuberculose nach tuberculöser Erkrankung der Lymphdrüsen der Axillar- und Infraclaviculargegend. Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (A case of laryngeal tuberculosis secondary to tubercular involvement of the lymphatics of the axillary and intra-clavicular regions; treatment of tubercular laryngitis.)**

Das Wesentliche besagt die Ueberschrift. Das Sputum ist nicht untersucht.

EMIL MAYER.

128) **Raviart. Subcutanes Emphysem des Gesichts, des Halses und Rumpfes in Folge von Perforation des Larynx bei einem Tuberculösen. (Emphysème souscutané de la face, du cou et du tronc dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux.)** *Echo Médical du Nord. April 1899.*

Der Patient, ein vorgeschrittener Phthisiker, bekam plötzlich in weiter Ausdehnung am Gesicht, am Halse und in der Schlüsselbeingegend Anschwellungen mit den charakteristischen Crepitationen des Emphysems. Bei der Section fand man einen Abscess, der vom Zungenbein bis zum Sternum sich erstreckte und den Kehlkopf fast vollständig blosgelegt hatte.

PAUL RAUGÉ.

129) **F. E. Sampson. Tuberculose des Kehlkopfs. (Tuberculosis of the larynx.)** *Western Med. Review. 15. Mai 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

130) **L. v. Schrötter** (Wien). **Heilbarkeit der Tuberculose.** Vortrag, geh. am Congresse zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit in Berlin, Mai 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1899.*

v. Schr. demonstrirt zwei geheilte Fälle von schwerer Lungen- und Kehlkopftuberculose. Tuberculose ist in allen ihren Stadien heilbar. Als geheilt werden jene Fälle bezeichnet, in denen

1. das Allgemeinbefinden, namentlich das Körpergewicht sich gebessert hat;
2. volle Arbeitskraft erlangt worden ist;
3. keinerlei Krankheitserscheinungen nachweisbar sind mit Ausnahme der physikalischen Veränderungen, wie sie der Natur des Ausheilungsprocesses entsprechen.
4. constante Abwesenheit der Tuberkelbacillen;
5. diesbezügliche jahrelange Beobachtung der Patienten.

CHIARI.

131) **Gleitsmann. Ein Fall von Rachen- und Kehlkopftuberculose geheilt nach 18 Monate langer Behandlung. (A case of pharyngeal and laryngeal tuberculosis cured after 18 months treatment.)** *N. Y. Medicinische Monatsschrift. Mai 1899.*

Während der $1^1/_2$jährigen Behandlung entfernte G. 21 mal Stücke des erkrankten Gewebes mit der Doppelcurette. Er injicirte ausserdem in die infiltrirte Zungenbasis 75—100 proc. Milchsäure. Es kam schliesslich alles zur Vernarbung und der Patient scheint jetzt geheilt zu sein.

EMIL MAYER.

132) **P. S. Donnellan. Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Februar 1899. N. Y. Med. Record. 22. April 1899.*

S. empfiehlt 4—6stündliche Einblasungen von Morphium und Acacia (0,015 : 0,6) gegen Husten, Cocain local gegen die Dysphagie und Milchsäure für die tuberculösen Ulcerationen.

EMIL MAYER.

133) **T. J. Gallagher. Formaldehyd bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Formaldehyde in the treatment of tubercular laryngitis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 4. März 1899. Med. Times and Register. Mai 1899.*

G. cocainisirt vorher und beginnt mit einer $^1/_2$proc. Lösung, von der er allmälig bis zu 10proc. steigt. Seine Schlüsse sind: 1. der Patient kann ohne Bedenken 2- oder 3mal täglich einen Spray von einer Lösung 1 : 500 gebrauchen. 2. Die Dysphagie wird wesentlich gebessert. 3. Die besten Resultate werden erzielt bei den vegetativen und ulcerativen Formen. 4. Der Erfolg ist wahrscheinlich ebenso durch die Einwirkung des Mittels auf die Gewebe, wie durch seinen Einfluss auf die Tuberkelbacillen bedingt. 5. Die stärkeren Lösungen (1—10proc.) sollen nur 2- oder 3mal in der Woche applicirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **G. L. Richards. Paramonochlorphenol bei der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose. (Paramonochlorophenol in local treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Das Paramonochlorphenol ist Phenol, in dem ein H durch 1 Cl substituirt ist. Die Gebrauchsanweisung ist folgende. Der Kehlkopf wird mit einer 20proc. Lösung von Cocain ausgepinselt, dann werden die erkrankten Stellen gründlich mit 25proc. Milschsäure gerieben und unmittelbar danach wird eine 4proc. Lösung von Paramonochlorphenol in gleichen Theilen Glycerin und Wasser applicirt. Die Stärke beider Lösungen wird allmälig gesteigert, bis nach Ablauf von 2—3 Wochen die Milchsäure rein und das Paramonochlorphenol in 10proc. Lösung zur Verwendung kommt. — R. berichtet über eine Anzahl von gebesserten und geheilten Fällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **W. Fowler. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899. Philad. Med. Journ. 18. März 1899.*

F. verordnet gegen das Erbrechen, das sich an die Morgens besonders starken Hustenanfälle anschliesst:

Menthol
Aether sulfur.
Ol. pini sylvestr.
Tct. Jodi aa 7,5
Tct. Benzoin. 30,0

M.D.S. 10 oder mehr Tropfen auf den Schwamm eines Mund-Nasen-Inhalators zu träufeln.

LEFFERTS.

136) **S. S. Bishop. Tuberculose der oberen Luftwege. (Tuberculosis of upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 27. Mai 1899.*

Aristol . . . 10 Theile
Menthol . . . 3 „
Benzoinol . . 87 „
M. D. S. Als Spray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

137) **W. Freudenthal. Behandlung der Dysphagie und des Hustens speciell bei Tuberculose. (The treatment of dysphagia and cough especially in tuberculosis.)** *Philad. Med. Journal. 25. März 1899.*

F. hat 29 Fälle curettirt und in 4 damit unmittelbare Besserung erzielt. Er betrachtet den Eingriff stets als ein Experiment. Zufriedenstellende Resultate erhielt er mit:

Menthol 10,0
Ol. amygdal. dulc. 30,0
Vitelli ovi (etwa 2 Gelbeier) 30,0
Orthoform 12,5
Aqua destill. q. s. ad 100,0

F. Emulsio. Die Emulsion wird mit der gewöhnlichen Kehlkopfspritze injicirt.

Heroin innerlich erwies sich als nützlich gegen den Husten. Er verordnet

Heroin 0,005—0,006—0,01
Extr. Cascarae sagradae 0,03
oder Heroin 0,005—0,01
Aloin. 0,06

Schliesslich empfiehlt F. die Lichttherapie. Er lässt das directe elektrische Licht etwa 5 Minuten jedesmal oder bis zur Erhitzung auf den Larynx einwirken. Er beobachtete danach Besserung der Schmerzen und Heilung von Geschwüren.

EMIL MAYER.

138) **Redact. Notiz. Husten bei Kehlkopftuberculose. (Cough in laryngeal tuberculosis.)** *Medical Times and Register. Juni 1899.*

Rp. Codein. sulfur. 0,18
Natr. bromat. 7,5
Syr. Pruni virg. 15,0
Aqua q. s. ad 60,0
M. D. S. 4stündlich 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

139) **Kassel. Orthoform. (Orthoform.)** *Merck's Archives. Mai 1899.*

K. gebraucht das Orthoform bei Kehlkopftuberculose zu 25 Theilen auf 100 Olivenöl; er erzielt damit prompte Besserung.

EMIL MAYER.

140) **E. J. Dickerman. Orthoform bei Kehlkopfgeschwüren. (Orthoform in laryngeal ulcerations.)** *Merck's Archives. Mai 1899.*

Bei Kehlkopfgeschwüren, ob sie syphilitischen, lupösen oder tuberculösen Ursprungs sind, wird die Dysphagie durch Orthoform für eine Zeit von 4 bis 6 Stunden beseitigt.

EMIL MAYER.

141) **W. Freudenthal. Die Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit dem neuen antiphthisischen Serum T. R. (nach der Formel von Fisch) nebst Bemerkungen über die Aetiologie der Krankheit. (Treatment of pulmonary and laryngeal tuberculosis by the new antiphthisic serum T. R. [formula of Fisch] with remarks on the etiology of the disease.)** *N. Y. Med. News. 18. Februar 1899. Canadian Journal of Medicine and Surgery. April 1899.*

F. hat 4 Fälle behandelt. Fall 1 ist etwas gebessert, Fall 2 nicht gebessert, Fall 3 gebessert; Fall 4 ist schlechter geworden. Verf. fordert zu weiteren Versuchen auf.

EMIL MAYER.

142) **Goris. Ueber die Thyrotomie wegen Larynxtuberculose. (De la thyrotomie pour tuberculose laryngée.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 4 et 6. 1899.*

In der Sitzung der Belg. chirurg. Gesellschaft trägt G. seine zwei Fälle von Thyrotomie wegen Larynxtuberculose vor, was die Veranlassung zu einer Discussion giebt, an der sich Dandois, Lavisi, Verneuil und Depage betheiligen. Vergl. Bericht über die Sitzung der belg. oto-laryngolog. Gesellschaft vom November 1898.

BAYER.

143) **T. Massei** (Neapel). **Ein Fall von Lupus des Kehlkopfs. (A proposito di un caso di lupus laringeo.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Januar 1899.*

Der Artikel, dem eine Abbildung beigegeben ist, giebt einen von M. am 30. September 1898 in der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie in Turin gehaltenen Vortrag wieder. Die Patientin, ein 9jähriges Mädchen, wurde M. mit der Diagnose: ulcerös-tuberculäres Syphiloderma der Oberlippe zugesandt. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine erhebliche Infiltration der Epiglottis und des Larynx, welche Massei auch für syphilitisch ansah. Er empfahl eine energische antisyphilitische Behandlung, die auch 1 Jahr lang durchgeführt wurde. Als M. die Patientin nach 1 Jahr wiedersah, fand er weder auf der Haut noch im Larynx eine wirkliche Besserung. Vielmehr war jetzt auch Betheiligung der Aryknorpel, Schwäche der Abduction, Heiserkeit und Dyspnoe zu constatiren. M. stellte jetzt die Diagnose auf ulcerativen tuberculösen Lupus. Er fand in dem mit dem scharfen Löffel abgekratzten Gewebe zwar keine Tuberkelbacillen — und auch Injectionen beim Thiere ergaben kein Resultat — aber er constatirte doch Riesenzellen und auch die Epithelzellen der Umgebung waren nach seiner Ansicht charakteristisch. Die Diagnose fand im weiteren Verlauf ihre Bestätigung durch die fortschreitende Cachexie, die acuten Lungensymptome und reichlichen Bacillengehalt im Sputum.

M. zieht folgende Schlüsse: 1. die Differentialdiagnose zwischen lupösen und syphilitischen Processen ist bisweilen am Anfange und auch dann, wenn neben der Schleimhaut auch die Haut afficirt ist, sehr schwierig; 2. die Intubation leistet bei der Stenose des Larynx durch Lupus wesentliche Dienste; 3. die histologische Untersuchung excidirter Stückchen ist von grossem diagnostischen Nutzen in Fällen, in denen die bakterioskopische Diagnose und der Thierversuch versagen.

M. schliesst mit einem energischen Protest gegen die von manchen Autoren gemachte Unterscheidung zwischen Lupus und Tuberculose. Er meint, „das Wort Lupus verstösst gegen den Sensus communis und den modernen Fortschritt unseres Wissens und sollte nicht länger gebraucht werden.“ JAMES DONELAN.

f. Schilddrüse.

144) **Jäger** (Ragaz). **Ueber Strumametastasen.** Doctordissertation aus Zürich. Tübingen. Laupp'sche Buchhandlung. 1897.

Diese Arbeit erhärtet an einem Material von 12 Fällen aus verschiedenen Spitalkliniken Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz, dass nicht nur carcinomatöse und sarcomatöse, sondern auch gutartige Schilddrüsenhypertrophien, Metastasen verbreiten können, welche durchaus den Charakter reiner Schilddrüsenadenome ohne jegliche maligne Beimischung bewahren, und auch die Function der Schilddrüse nach Totalexstirpation des Mutterorganes übernehmen können. An einer grösseren Anzahl bösartiger Fälle von Struma zeigte sich in den Metastasen ebenfalls Beimischung gutartiger Schilddrüsenelemente, welche die specifische Function übten. Die hauptsächliche Localisation der gut- wie der bösartigen Metastasen sind die Knochen des Schädels und des Wirbelskelets. Die gutartigen können wie die bösartigen auch die Lungen und die Leber heimsuchen; dagegen fand man von den ersten Keime in den Lymphdrüsen. In einzelnen Fällen zeigte die Schilddrüse nur kleine ödematöse Gewebsveränderungen und trotzdem hatte sie zahlreiche Metastasen. Merkwürdiger Weise scheinen die Schweizerkröpfe seltener zu metastasiren.

Es ist natürlich, dass sich an die besagten Befunde seit Langem eifrige Discussionen anschlossen, namentlich über die Drüsenadenome im Allgemeinen bezüglich der Malignität. Ein Autor fand in dem Ausdruck „Adenoma malignum“ die Vereinigung des Ausdrucks für den gutartigen und zugleich malignen Charakter dieser Geschwülste, welche aber den pathologischen Anatomen nicht recht zu munden scheint. Die interessante Arbeit muss im Einzelnen studirt werden, da die weitere theoretische Auseinandersetzung den Rahmen des Referates überschreiten würden. Ob die durch zahlreiche Metastasen von Schilddrüsengewebe verursachte Vermehrung von Colloidproduction und Schilddrüsenfunction Basedow'sche Erscheinungen hervorgerufen habe, ist nirgends erwähnt. Klinisch verliefen die meisten Fälle, auch die gutartigen Metastasen, wegen ihrer Localisation im Schädel und Wirbelknochen tödtlich; denn die wenigsten kamen rechtzeitig zur Operation. JONQUIÈRE.

145) **Brian** (Lyon). **Exstirpation eines umfangreichen Kropfs. (Volumineux goitre. Exstirpation.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. März 1899.*

B. legt eine Kropfgeschwulst vor, die von Jaboulay entfernt worden ist. Dieselbe übertrifft an Umfang den Kopf des Kranken; sie wiegt 1250 g. Der Kropf, der seit 14 Jahren bestand, war mit Jodkali und interstitiellen Injectionen

von Jodtinctur behandelt worden. Bei der Operation wurde, behufs Vermeidung von Myxoedem, etwa $^{1}/_{5}$ der Drüse zurückgelassen. Trotz der Schwere der Operation verlief die Heilung glatt und schnell. Es wurden zur Blutstillung 35 Klemmpincetten angelegt. Die exstirpirte Masse, die durchweg fleischig war, enthielt grosse Blutgerinnsel.

PAUL RAUGÉ.

146) **Hönnig** (Uster). **Anatomische Untersuchungen über Morbus Basedowii.** Doctordissert. aus Zürich. Berlin bei Schumacher. 1897.

Material 9 Fälle aus dem Kantonspital St. Gallen; 7 floride Basedow, ein operativ gebesserter und ein abgelaufener. Anatomisches Schlussergebniss: „Eine für Basedow specifische Form der Struma, beruhend auf quantitativer Zunahme der specifischen Epithelien, auf Aenderung ihrer Form, ihrer Anordnung und ihrer Secretion, welche in den einzelnen Fällen insofern Unterschiede zeigen kann, als in den einen die diffuse Anordnung der Zellen, in anderen die Bildung umschriebener kleiner Follikel, oder der dem embryonalen Typus ähnliche Charakter des Gewebes oder Cylinderform der Epithelien mit drüsengangartiger Anordnung derselben den histologischen Charakter jenen Gesammttypus noch genauer specificiren."

Das viel reichlichere Vorhandensein von Colloid in besonders interlobulären Lymphgefässen, Venen, sowie von interstitiell gelegenem freien Colloid, worauf von A. besonderer Werth gelegt wird, konnte Verf. nicht bestätigen, wenigstens nicht als etwas für Basedow'sche Strumen Charakteristisches, sondern hauptsächlich den gewöhnlichen Colloidkröpfen ohne Basedow Zukommendes.

Verf. hielt den Schluss vollkommen berechtigt, dass die diffus parenchymatöse Form mit ihren weiteren Eigenthümlichkeiten auch als die für die Glotzaugenkrankheit allein specifische angesehen werden muss, während die circumscripten Anordnungen nur da vorkommen, wo endemische Struma besteht.

Die Hypophysis cerebri zeigt nichts Charakteristisches, als in einer Minderzahl von Fällen eine abnorm grosse Anzahl von chromophilen Zellen.

Die osteomalacischen Knochenerscheinungen sind Verf. als specifische Symptome bei Basedow zweifelhaft und er stellt sich vor, dass sie nur eine Structurveränderung des Knochens in Folge venöser Stauung sein könnten.

JONQUIÈRE.

147) **Paulesco. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Chininum sulfuricum. (The treatment of exophthalmic goitre with sulphate of quinine.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899. Fort Wayne Med. Journal Magazine. Juni 1899.*

Bericht über 3 Fälle, die durch Chinin erheblich gebessert wurden. Das Mittel wirkt vasoconstrictorisch. P. sieht das Leiden nicht als eine Erkrankung der Schilddrüse, sondern als eine Affection der Blutgefässe an; es handelt sich um eine Vasodilatation, deren Folge eine cerebrale Congestion ist, welche neben anderen Reflexsymptomen vermehrte Activität der Schilddrüse nach sich zieht.

LEFFERTS.

148) **Lanz** (Bern). **Ein Vorschlag zu diätetischer Behandlung Basedow-Kranker.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1899.*

Analog der Bekämpfung der Kachexia thyreopriva durch Schilddrüsensubstanz denkt L. die Kachexie des Basedow resp. der Hyperfunction der Schilddrüse durch das Serum von Thieren zu bekämpfen, welche an Hypofunction resp. Afunction der Schilddrüse in Folge von Thyreotomie leiden. Anstatt aber das Serum nimmt er die Milch thyreopriver Ziegen und er hat bei 3 Fällen bedeutenden Rückgang der Basedow'schen Symptome, der Hypertrophie der Schilddrüse, des Exophthalmus und der nervösen Erregung durch $^1/_2$ Liter Milch täglich in kurzer Zeit erzielt. Ein Fall scheint sogar geheilt zu sein. L. betrachtet diese Mittheilung nur als eine Aufforderung zu zahlreicheren Versuchen. JONQUIÈRE.

149) **Carl Doepfner. Die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Operative treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 3. Juni 1899.*

Wenn die längere interne Behandlung nicht zum Ziele führt, ist die chirurgische Behandlung gerechtfertigt. An erster Stelle ist dann die partielle Excision der Schilddrüse zu versuchen, besonders in den Fällen, bei denen eine Dislocation und Compression der Trachea eine Rolle spielt. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

150) **O. Fischer. Ueber einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes oesophagi.** Aus Prof. H. Chiari's path.-anat. Institut in Prag. *Prager med. Wochenschr. No. 31. 1899.*

Das Carcinom ging wahrscheinlich von dem Drüsenapparate des Oesophagus aus und setzte sich von hier in die Trachea fort. CHIARI.

151) **Edwin B. Behrend. Ein Fall von Carcinom des Oesophagus mit partieller Stenose durch extra-oesophageale Metastase. (A case of carcinoma of the oesophagus with partial stenosis due to extra-oesophageal metastasis.)** *The National Medical Review. Juni 1899.*

Die Section ergab, dass metastatische Massen in den retrooesophagealen Lymphdrüsen zur Stenosirung des Oesophagus beitrugen. EMIL MAYER.

152) **Touche. Krebsige Strictur des Oesophagus, Speiseröhren-Luftröhren-Fistel. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage fistule oesophago-trachéale.)** *Bull. Soc. anatom. p. 451. Mai 1899.*

59jähriger Mann, im October 1898 gastrotomirt wegen impermeabler Strictur der Speiseröhre. Seit 6 Monaten durch die Fistel ernährt. Am 20. April 1899 klagt der Kranke zuerst über grosse Schmerzhaftigkeit des Magens; er wird schnell cachectisch und stirbt am 5. Mai.

Die Section ergiebt ein ringförmiges Carcinom des Oesophagus, das an der einen Seite nach der Trachea durchgebrochen ist.

Verf. macht auf den Nutzen der Operation aufmerksam, der Pat. eine Verlängerung seines Lebens um 6 Monate verdankt.

A. CARTAZ.

153) **Duplay** (Paris). **Krebsige Verengerung der Speiseröhre.** (**Rétrécissement cancéreux de l'oesophage.**) *Bulletin Médical. 5. August 1899.*

Anknüpfend an einen Fall bespricht D. in einer klinischen Vorlesung die Diagnostik und Behandlung der carcinomatösen Strictur des Oesophagus.

PAUL RAUGÉ.

154) **Lambotte. Behandlung der Oesophagusstenosen.** (**Traitement des rétrécissements oesophagiens.**) *La Presse Méd. Belge. No. 2. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. No. 1. 1899.*

Die 3 Hauptmittel gegen krebsige Oesophagusstenosen sind:

1) Katheterismus zur Dilatation; 2) Intubation des Oesophagus und 3) die Gastrotomie.

Der Katheterismus, ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel ist als Behandlungsweise abscheulich, da die erweiterten Durchgangsstellen sich von Neuem zusammenziehen und während 2—3 Tage die Deglutition behindert ist. Die Oesophagusintubation hat dagegen den Vortheil, dass sie die Erweiterung der Stenose sichert und den Patienten unmittelbar in quasi normale Bedingungen versetzt. L. benutzt einen einfachen Schlauch nach Fanchu vom Caliber der angewandten Olive, welche er 7—8 cm unterhalb des etwas zugestutzten Trichters abschneidet und durch den Mund einführt. Er zieht dies der Einführung durch die Nase und den Pharynx vor. L. wendet die Intubation auch dann noch an, wenn ihn die Unmöglichkeit, die Stenose auf natürlichem Wege zu passiren, zur Vornahme der Gastrotomie zwingt. In Fällen, wo die Intubation contraindicirt ist (Narbenstenose und impermeables Carcinom), bleibt kein anderer Ausweg übrig, als die Gastrotomie; Beschreibung seiner Methode. Zum Schlusse macht er noch auf seine brillanten Erfolge aufmerksam, welche er bei Behandlung der Oesophagusstenosen durch nutritive Klystiere und Injectionen von künstlichem Serum erzielt hat.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

IV. Sitzung am 16. April 1899 in Köln.

Anwesend sind 32 Mitglieder.

Hopmann (Köln): Krankenvorstellung.

1. 42jähriger Maurer, wegen Epithelialtumors des linken Stimmbandes operirt; da eine radicale Beseitigung der Geschwulst auf endolaryngealem Wege

unmöglich war, wurde ohne vorgängige Tracheotomie der Kehlkopf gespalten und das hintere Drittel des Stimmbandes nebst einem Theil des linken Aryknorpels mit der Geschwulst entfernt; der Tumor erwies sich als gutartig. Der Patient ist arbeitsfähig, spricht mit rauher, aber lauter Stimme.

2. 15jähriger Arbeiter (bereits im vorigen Jahre vorgestellt), wegen Schädelbasisfibrom ohne Präliminareingriffe operirt; am Rachengewölbe zeigt sich eine flache Hervorwölbung, wahrscheinlich beginnendes Recidiv.

3. 11jähriger Knabe, wegen Basisfibrom operirt; colossale Geschwulst von einem Gewicht von 76 g, 15 cm Länge und 6 cm Breite. Patient war vorher von anderer Seite operirt, indem nach Spaltung des Gaumensegels die Geschwulst ausgeschält und die Basis kauterisirt wurde, doch war bald Recidiv eingetreten; H. verwirft die Spaltung des Velum bezw. präliminare Eingriffe bei Operation der Basisfibrome. Durch den mangelhaften Abschluss der in einen einzigen Hohlraum verwandelten Nasenhöhle ist die Sprache undeutlich (Rhinolalia aperta), jedoch durch theilweise Ausstopfung der Nase wesentlich zu verbessern.

4. 17jähriges Mädchen (auch bereits vorgestellt); durch Thyreofissur von einer diffusen Geschwulst der linken Kehlkopfhälfte befreit. Das Dauerresultat bezüglich Athmung und Sprache ist sehr gut.

Discussion: Schmithuisen (Aachen) operirt gutartige Nasenrachentumoren auch ohne Voroperation durch combinirte Anwendung von Elektrolyse und nachfolgende Galvanokaustik; bei angiomatösen Fibromen wendet er nur Elektrolyse an und vermeidet so starke Blutungen; maligne Tumoren sind nur durch grösstmögliche Freilegung operirbar.

Fackeldey (Cleve) operirte ein 9 cm langes, 6 cm breites Nasenrachenfibrom mit der kaustischen Schlinge ohne Recidiv; in einem anderen Falle musste nach mehrfachen Recidiven der Polyp auf blutigem Wege nach Durchtrennung des weichen Gaumens beseitigt werden.

Lieven (Aachen): Vorstellung eines wegen Stirnhöhlen-Empyems operirten Patienten.

Nach Eröffnung der unteren Stirnhöhlenwand sofortige Schliessung der Wunde mit dem Periosthautlappen; vorher Erweiterung des Zuganges nach der Nase, von wo aus die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt wurde; die Narbe, parallel der Augenbraue, ist kaum sichtbar.

Schuster (Aachen): Fall von hereditärer Nasenlues des Erwachsenen.

Bemerkenswerth waren neben Verstopfung der Nase durch leicht blutende Granulationen kugelartige Drüsenschwellungen an beiden Backen, die dem Gesicht einen hamsterartigen Ausdruck gaben; nach vielfacher Behandlung von anderer Seite (Tuberkulin, Sublimat, Jodkali, Aetzungen etc.) hat S. durch Bäder, Inunction und Pinselung mit Jod-Carbol (1:5) grosse Besserung erzielt.

Moses (Köln): Demonstration eines Falles von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der Rachenwand.

Die Ursache der Verwachsung ist wahrscheinlich Lues, wofür auch ein

kleiner Defect an der Epiglottis spricht. Versuche, durch Galvanokaustik eine Communication nach der Nase herzustellen, scheiterten an der ausserordentlichen Derbheit des Narbengewebes, weshalb Excision eines Theiles der Narbe in Aussicht genommen wurde.

Kronenberg (Solingen): 1. Ueber freie Osteome der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Osteome, welche als todte Knochenkörper in der Nase oder einer Nebenhöhle liegen, sind ausserordentlich selten. In dem von K. beobachteten Fall handelte es sich zunächst um einen hoch vor der mittleren Muschel liegenden Elfenbeintumor; nach Eröffnung der Stirnhöhle von aussen (dieselbe war aufgetrieben und der Bulbus nach unten-aussen verdrängt) fanden sich noch 4 weitere Osteome im Gesammtgewicht von 8 g.

2. Ueber einen Fall von Pyämie bei Sinusthrombose.

Unterbindung der Vena jugularis communis.

Keller (Köln): Ueber die Beziehungen der Thränenschlaucherkrankungen zur Rhinologie.

In den meisten Fällen ist das Nasenende des Thränenschlauchs die Ursprungsstelle der Erkrankung; dieselbe bleibt oft lange latent, ehe die Orbitalportion miterkrankt; in 95—97 pCt. von Thränenschlauchleiden bestehen auch Nasenaffectionen; die Behandlung des Thränenschlauches von der Nase aus hat grosse Schwierigkeiten. Prophylactisch sind krankhafte Veränderungen der unteren Muschel besonders frühzeitig und sorgfältig zu behandeln. In einem von K. behandelten Fall konnte man bei Druck auf den inneren Augenwinkel deutlich Secret aus dem Nasenorificium des Thränenschlauches austreten sehen; dasselbe verschwand nach Beseitigung einer catarrhalischen Schwellung der unteren Muschel.

Discussion: Lieven erwähnt die von Killian angegebene Methode, den Thränenschlauch durch Abtragung der vorderen Wand des Ganges zugängig zu machen.

Hopmann empfiehlt Abhebelung oder Infracturirung der unteren Muschel und Aetzung des Canalostiums. Bei trockenen Entzündungen wendet er Tamponade (Watte oder Mullstreifen) an. Neben den mechanischen Behinderungen im Gebiete der Thränenwege handelt es sich häufig auch um reflectorische Einwirkung auf die Gefässnerven des Auges von der Nase aus.

Reinhard (Duisburg): Ueber Hammer-Ambos-Caries.

Roller (Trier): Othämatom und Perichondritis auriculae.

Lieven (Aachen): Demonstration der Wagner-Longard'schen Aether-Maske.

Das Princip der Maske beruht auf Mischung des Aethers mit atmosphärischer Luft.

Schneider (Köln): Demonstration sterilisirbarer Brenner.

Schmithuisen (Aachen): Demonstration eines neuen Nasenöffners.

Derselbe ist nach Abgüssen des Naseneinganges angefertigt und hat seinen Halt in der Tasche der Nasenspitze; die Ränder halten gleiches Niveau mit dem Nasenrand; nach innen reicht das Instrument nur bis zur Schleimhautgrenze; dasselbe ist fleischfarben und fällt nicht auf. Fabrikant: Wittwe Bildhäuser (Aachen).

Moses (Köln).

---

b) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

I. Sitzung am 28. Januar 1899.

Vorsitzender: v. Navratil. Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Operirter Fall von Rhinosclerom.

v. Navratil stellt den bereits einmal am 1. Dec. 1898 vorgestellten Pat. jetzt nach der Operation abermals vor. Die Operation wurde folgender Weise vollführt: Es wurde ein die Haut vollkommen durchdringender, von der Mitte der Stirne auf den Nasenrücken bis zum Beginne des Septums gehender Schnitt geführt und die Haut von den scleromatösen Partieen beiderseits bis auf 1 cm über die Grenze der gesunden Theile abgetrennt. Nun wurde der Tumor mit einem energischen Schnitte von dreieckiger Form, dessen Spitze an die Nasenwurzel und dessen Basis an der Oberlippe war, umgangen. Nach der Entfernung des Scleroms, theils mit dem Messer, theils mit dem scharfen Löffel, wurde der Sinus pyriformis mit Jodoformgaze ausgefüllt und darüber die Haut vereinigt. Dem Jodoformtampon wurde die Form einer Nase gegeben. In den entfernten krankhaften Theilen waren sämmtliche Bestandtheile der Nase (Knorpel, Knochen etc.) enthalten, deren Entfernung nothwendig war, weil sie alle in den Tumor einbezogen waren. Die Vereinigung der Hautlappen geschah per primam und ist die Form der Nase, wie man sich bei dem vorgestellten Kranken überzeugen kann, ziemlich regelmässig. Die Nasenplastik beabsichtigt V. dadurch zu ergänzen, dass er aus der Oberlippe ein Septum bilden wird. Patient athmet ungehindert durch die Nase, wogegen sie früher nur mit geöffnetem Munde athmen konnte.

2. v. Navratil: Kehlkopfstenose durch luetische Perichondritis bedingt.

M. J., 53 Jahre alt, Arbeiterin, wurde im Mai 1898 heiser und athmete schwer. Im August wurde sie auf die Abtheilung aufgenommen, wo sie die Inunctionscur gebrauchte und Jodkali bekam. Nach drei Wochen wurde sie auf eigenen Wunsch in gebessertem Zustande entlassen. Den 15. October meldete sie sich wieder, Sprache ist lispelnd, das Athmen schwer, beide Arytaenoidalgelenke

geschwollen und ankylotisch, die Glottisspalte im hohem Grade venengt. Trotz der energischen antiluetischen Cur wurde wegen der sich steigernden Dyspnoe am 21. October die Tracheotomie vollführt. Nach der jetzt angewendeten antisyphilitischen Cur und da durch die Tracheotomie der Kehlkopf in Ruhe gestellt wurde, bessert sich der Kehlkopfprocess augenscheinlich, so dass das rechte Arytaenoidalgelenk vollständig frei wurde, das Stimmband wurde rein, die Glottisspalte ist durch die normale Function des rechten Arytaenoidalgelenkes genügend weit geworden und es ist nur die Ankylose des linken Arytaenoidalgelenkes und die narbige Schrumpfung des linken Stimmbandes zurückgeblieben. Pat. athmet jetzt, nachdem die Canüle schon zwei Wochen geschlossen ist, durch den Mund; die Canüle wird Vortragender in den nächsten Tagen entfernen.

3. Baumgarten: Recurrenslähmung und Erschlaffung der ary-epiglottischen Falte, einen Tumor vortäuschend.

Der 18jährige junge Mann wird seit vielen Jahren, wenn er viel spricht, etwas heiser, Rachen und Kehldeckel sind normal, ebenso die ganze rechte Kehldeckelhälfte. Von der linken ary-epiglottischen Falte ragt nach innen unten, die grössere Hälfte des linken wahren Stimmbandes verdeckend, ein von normaler Schleimhaut bedecktes Gebilde, welches bei der Phonation und Inspiration zuckende Bewegungen macht, vor. Das Gebilde ist die nach einwärts gedrehte ary-epiglottische Falte mit dem Aryknorpel und dem Wrisberg- und dem Santorini'schen Knorpel, welch letzterer nicht nur nach einwärts, sondern auch nach unten dislocirt ist. Es besteht, wenn man genau und länger untersucht, Recurrenslähmung des linken Stimmbandes. Einen ähnlichen, doch viel ausgesprocheneren Fall hat H. v. Schroetter beschrieben, doch war in seinem Falle auch Dyspnoe und ein lärmendes Geräusch vorhanden, weshalb er auch das Gebilde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen hat. Der Fall ist schön geheilt, der grösste Theil des Gebildes erwies sich als der Santorini'sche Knorpel. Als Ursache der Recurrensparalyse dürfte hier der Druck einer Bronchialdrüse figuriren, da keine sonstige Ursache nachweisbar ist. Im vorliegenden Falle kann von einer Operation vorläufig abgesehen werden.

Morelli: Aehnliche Processe kommen bekanntlich auch bei Pferden vor. Aus Gefälligkeit des Herrn Plösz, Professor der Chirurgie an der thierärztlichen Academie, sah ich einmal ein Pferd, bei welchem der ganze Arytaenoideal-Knorpel entfernt wurde. Ich glaube, die Entfernung des Knorpels ist angezeigt, wenn Athembeschwerden verursacht werden.

v. Navratil: Beim Menschen beschrieb zuerst Lewin in den 60er Jahren eine ähnliche Erkrankung und schon zu dieser Zeit beobachtete ich einen Fall bei einem Sänger, der sich dieses Uebel durch Ueberanstrengung zugezogen hatte. Die Gelenkskapseln der Crico-Arytaenoidalgelenke erschlafften, wodurch dann die Arytaenoidalknorpel infolge des Muskelzuges über einander geriethen, luxirt wurden. Keine Recurrenslähmung. Tumor, Lues oder Tuberculose war sicher auszuschliessen, der Process entstand rein auf traumatischem Wege. Den Fall sahen auch Türck, Störk und Andere und hielten ihn ähnlichen Ursprunges.

Baumgarten fragt, ob das Uebel ein- oder beiderseitig war? In seinem

Falle ist das Uebel einseitig und eben dies ist der Unterschied zwischen dem gegenwärtigen und dem Falle von H. Schrötter.

v. Navratil: Der Process war beiderseitig und es ist absolut nicht ausgeschlossen, dass ein ähnlicher Zustand durch Trauma auch einseitig entstehen könne.

II. Sitzung vom 23. Februar 1899.

Vorsitzender: v. Navratil, Secretär: Polyák.

1. Baumgarten: Demonstration von operirten Nasenmuschelhypertrophien.

Es werden einige Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln demonstrirt, welche mit der Scheere der ganzen Länge nach abgetragen wurden und bei welchen das hintere kolbige Ende noch zu sehen ist. Bei einem Präparate ist die Hypertrophie gering, die Stenose der Nase selbst hingegen sehr stark und da die betreffende Patientin, eine 32jährige Frau, sehr viel an Asthma litt, wurde mit der Hypertrophie der Schleimhaut eine schmale, dünne, vorspringende Knochenleiste abgetragen. Das Asthma war nach der Operation gänzlich geschwunden.

2. Baumgarten: Demonstration eines Sequesters, welcher fast den ganzen harten Gaumen betraf.

Das Präparat rührt von einem 22jährigen Manne her, welcher vor 4 Jahren Lues acquirirte, die gleich zu Beginn einen sehr malignen Charakter zeigte; so bekam Patient nach 3—4 Wochen eine schwere Iritis. Trotzdem Patient seit drei Jahren fast immer Jodkali und Quecksilber gebraucht, hat er die verschiedensten secundären und tertiären Erscheinungen durchgemacht. Vor sechs Monaten hatte er ein grösseres zerfallenes Gumma an der hinteren oberen Wand im Nasenrachenraume und heftige Kopfschmerzen. Das Geschwür reichte bis tief zum Knochen, heilte aber bald durch die Behandlung. Kaum genesen, bekam er in der Nase und im Nasenrachenraume ähnliche Geschwüre. Nachher verstopfte sich die Nase, eitriger Ausfluss zeigte sich und in kürzester Zeit kam eine Perforation des Septums zu Stande; die Untersuchung constatirte ausgebreitete Necrose des knöchernen Septum, am harten Gaumen ein längliches Geschwür. Die antiluetische Behandlung hat Patienten unterdessen so hergenommen und war so zwecklos, dass sie endlich ausgesetzt werden musste. Unter grossen Schwierigkeiten — Patient bekam bei Berührung Schüttelkrämpfe — konnte man nacheinander den Vomer und einige Siebbeinknochenlamellen, welche necrotisch geworden waren, entfernen. In der Nase sah man die necrotische Spina nasalis anterior und am harten Gaumen einen silberguldengrossen Substanzverlust und dann den necrotischen schwarzen Knochen. Nachdem nach weiteren drei Wochen der Sequester sich nicht rühren wollte und Patient Fieber bekam, musste der Sequester in Narcose entfernt werden. Er wurde vom Munde aus mit dem Raspatorium freigemacht und in die freie Nasenhöhle luxirt, konnte aber wegen seines grossen Umfanges nur schwer gefasst

und nur quergetheilt herausgezogen werden. Viele kleinere Knochenstücke wurden nachher ausgespritzt. Patient hat sich in wenigen Tagen bedeutend erholt, gegenwärtig trägt Patient eine Prothese. Sein übriger Zustand ist befriedigend.

Morelli: Es ist sehr nothwendig, in solchen Fällen den Obturator im Vorhinein zu verfertigen, denn es wird dadurch die Ernährung ermöglicht, nur muss der Obturator später den Verhältnissen gemäss umgeändert werden.

3. v. Navratil: Multiple Gummata der Zunge.

J. F., 50 Jahre alt, Eisenbahnbeamter, giebt an, vor 25 Jahren ein Penisgeschwür acquirirt zu haben, welches auf graue Salbe in wenigen Tagen heilte. Seit dieser Zeit beobachtete er nichts Krankhaftes an sich. Auf der Zungen-Oberfläche und an den Rändern beiderseits von der Zungenspitze etwas auf die untere Fläche sich ausbreitend, schmerzlose Geschwüre mit scharfen Rändern, sich über die Oberfläche erhebend, von harter Consistenz, ovaler Form, unebener Oberfläche, welche mit schmutzig-gelbem Belag bedeckt sind. In der rechten Submaxillargegend ist eine taubeneigrosse Drüse fühlbar, die frei beweglich und etwas empfindlich ist.

Occipital- und Inguinal-Drüsen überall fühlbar. Auf beiden Handtellern die Zeichen von Psoriasis palmaris luetica. Patient klagt über häufige Kopfschmerzen.

Im December vorigen Jahres lag er das erste Mal auf der Abtheilung und es stellte sich auf die angewendete antiluetische Behandlung rasche Besserung ein, so dass der Kranke nach $2^1/_2$ Wochen auf eigenen Wunsch entlassen wurde. Vor einigen Tagen wurde er beinahe mit demselben Status wieder aufgenommen, die Behandlung ist dieselbe, die Besserung zeigt sich schon nach einigen Tagen.

Török: In dem Falle, wo Baumgarten wegen syphilitischer Necrose des harten Gaumens operirte, war die antiluetische Cur erfolglos, so dass Vortragender sich auf die Fälle berief, in denen man das Leiden der Quecksilbercur zuschrieb; der gegenwärtige Fall zeigt das entgegengesetzte. Der Kranke inficirte sich vor 25 Jahren und bis zu jener Zeit, als er auf die Abtheilung v. Navratil's gerieht, erhielt er keine antiluetische Behandlung. Die Anamnese ähnlicher Fälle ergieht meistens, dass die Kranken ihr Uebel leichtsinnig aufnahmen und entweder keine, oder bloss eine ungenügende Schmiercur durchmachten. Die tertiären Fälle rekrutiren sich ebenfalls aus ähnlichen Fällen. Frühzeitige tertiäre Symptome sind Zeichen sehr schwerer und bösartiger Syphilis. Bei ähnlichen Affectionen der Nasenrachenhöhle bewährt sich manchmal das Zittmann'sche Decoct oder die nach demselben durchgeführte Quecksilbercur in ausgezeichneter Weise.

4. v. Navratil: Operirter Fall von Zungenkrebs.

B. M., 33 Jahre alt, Wäscherin, bemerkte vor 10 Jahren am linken Zungenrande eine erbsengrosse Geschwulst, die ihr keine Schmerzen verursachte, aber sie im Sprechen hinderte. Zufällig biss sie sich einmal in die Geschwulst, die seit der Zeit wund, angeschwollen und sehr schmerzhaft ist. Die angewendeten Mittel brachten nur sehr minimale Besserung hervor und deshalb suchte Patientin 4 Jahre nach dem Beginn des Uebels die Abtheilung des Verf. auf.

Die Geschwulst war zu dieser Zeit haselnussgross, mit unebener, von

weissem Belag bedeckter Oberfläche und aufgeworfenen Rändern. Operation, rasche Heilung, so dass die Kranke nach 14 Tagen die Abtheilung mit gesunder Zunge verliess. Pat. war 5 Jahre lang recidivfrei, nach dieser Zeit wiederholte sich das Uebel auf derselben Stelle, weshalb Pat. abermals auf die Abtheilung aufgenommen wurde. Auf der linken Seite der Zunge von der Zungenspitze bis zum Zungengrund eine harte Geschwulst, deren Oberfläche theils glatt ist, theils tiefe Spalten zeigt. Submaxilläre Drüsen sind nicht fühlbar. Die Operation wurde den 13. Januar vom Vortragenden in der Weise ausgeführt, dass er, um unbehindert zur Geschwulst zu gelangen, mittelst eines mit dem Kinnrande parallelen Bogenschnittes sämmtliche Weichtheile durchtrennte; durch diese Oeffnung zog er die Zunge hervor, dann exstirpirte er die Geschwulst. Die Geschwulst zeigte die typische Structur eines Carcinoma epitheliale. Das Stroma hat einen Bau, der nicht ausschliesst, dass sich das Carcinom im gegenwärtigen Falle auf einer luetischen Narbe entwickelte. Patientin war nach der Operation fieberfrei, nur das Schlucken war erschwert, die Wunde heilte schnell und trotzdem, dass zwei Drittheile der Zunge fehlen, ist die Sprache genug klar, das Schlucken normal.

Vortragender erwähnt, dass während im ersten Falle der äusseren Erscheinung der Geschwulst nach die Diagnose mehr auf Zungenkrebs gestellt werden konnte, im gegenwärtigen Falle die Erscheinung mehr für ein Gumma sprach. Beobachtung und histologische Untersuchung aber brachten die Entscheidung und die Resultate sprechen für die entsprechend eingeleitete Therapie.

5. v. Navratil: Narbige Nasenstenose.

R. J., 20 Jahre alt, Maurer. Das Gesicht pockennarbig, besonders auf den Nasenflügeln. Der Naseneingang beiderseits bis auf Linsengrösse verengt. Die Nasenhöhle scheint normal zu sein, die Schleimhaut zeigt keine Veränderungen. Da Pat. von seinem Uebel befreit zu werden wünscht, welches die Nasenathmung unmöglich macht, so dass Pat. immer mit offenem Mund zu athmen gezwungen ist, liess er sich auf die Abtheilung des Vortragenden aufnehmen. Vortragender beabsichtigt von den narbigen Nasenflügeln ein so grosses Stück zu entfernen, dass er die gesunde Schleimhaut mit der Haut vereinigen kann, um in dieser Weise einen genügend grossen Naseneingang herzustellen.

Baumgarten: In einem ähnlichen Falle, wo die Synechie auch nur vorne war, liess ich den Patienten einen Silbertubus tragen.

v. Navratil: Wenn die Synechie eine totale wäre, möchte ich nicht an die Operation denken, im gegenwärtigen Falle aber kann die Operation ein gutes und rasches Resultat erzwecken, was die protrahirte Dilatation hingegen weniger vermag.

6. Zwillinger: Fall von Hyperplasie der Zungentonsille.

Patientin leidet seit zehn Jahren an Leerschlucken, wohingegen sie während des Essens oder Trinkens keine Hindernisse verspürt. Je intensiver sie ihre Aufmerksamkeit darauf concentrirt, umso lebhafter ist das Gefühl, als müsste sie etwas, das ihr im Halse steckt, herunterschlucken. Pat. hat, um sich von dem

sie quälenden Gefühle zu befreien, mehrere Aerzte befragt; es wurde wiederholt Globus hystericus diagnosticirt, Pat. wurde elektrisirt, es wurden verschiedene Medicamente ordinirt, doch besserte sich ihr Zustand nicht. Die Untersuchung ergiebt, dass das adenoide Gewebe des Zungengrundes hypertrophisch ist, hauptsächlich rechts erscheint die Epiglottis in das Gewebe eingebettet, ebenso, aber etwas weniger, links, am wenigsten in der Mitte. Am besten sichtbar sind die adenoiden hahnenkammförmigen Vegetationen während des Herausziehens der Zunge, bei welcher Gelegenheit sich dieselben von der lingualen Fläche der Epiglottis entfernen, deren Rand sie sonst zum Theile an zwei Stellen überdachen und lehnt sich eine Partie an das Ligamentum pharyngo-epigl. an. Es wäre vielleicht zweckentsprechender gewesen, diesen Fall an anderer Stelle zu demonstriren, um die Aufmerksamkeit der Collegen darauf zu lenken, wie wichtig genaue sachgemässe Untersuchung in Fällen von Paraesthesie im Halse ist und wie oft es gelingt, die reale Basis der Paraesthesien zu ergründen. Doch habe ich diesen Fall für genügend bemerkenswerth gefunden, um denselben Ihnen, denen diese Verhältnisse ja so bekannt sein müssen, vorzustellen. Erstens, damit Sie Gelegenheit haben, die eigenthümliche Form dieser hahnenkammförmigen Vegetationen zu sehen. Zweitens, um Ihnen zu zeigen, wie gross das nervöse Moment in diesen Fällen ist, was daraus ersichtlich ist, wenn ich bemerke, dass sich die sonst unruhige, zu jedem Eingriff bereite Patientin, seitdem ich die hyperplastische Partie mit Lugol'scher Lösung pinsele, beruhigt hat, sie das Fremdkörpergefühl auf Stunden, ja Tage verlässt. Zu erwähnen wäre noch, dass selbst so hochgradige Hypertrophien der Zungentonsille oft accidentelle Befunde bilden, die den damit Behafteten absolut keine Beschwerden verursachen. Wie in jedem dieser Fälle, kann man sich auch in diesem Falle mit Hilfe der Sonde davon überzeugen, dass die Beschwerden von der angegebenen Stelle ausgehen. Die Therapie wird in etappenförmiger Entfernung der Vegetationen mittels der galvanocaustischen Schlinge bestehen, die zahlreichen und weiten Venen des Zungengrundes werden dabei in Berücksichtigung gezogen werden. v. Navratil.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. Dr. B. Fränkel (Berlin) ist der preussische rothe Adlerorden dritter Klasse mit der Schleife verliehen worden.

Joseph C. Mulhall †.

Mit aufrichtigem Bedauern übermitteln wir unseren Lesern die uns soeben von unserem amerikanischen Mitarbeiter, Dr. E. Mayer zugegangene Nachricht vom Tode Dr. C. Mulhall's (St. Louis), eines unserer geschätztesten amerikanischen Specialcollegen. Seit langen Jahren an einem unheilbaren Nervenübel leidend, welches besonders in letzter Zeit seine Lebensfreudigkeit mehr und mehr untergrub, legte der bedauernswerthe College, der zur Zeit seines Todes erst im 48. Lebensjahre stand, am 11. Januar in einem Anfall von Melancholie Hand an sich selbst.

Dr. Mulhall war im Jahre 1851 in St. Louis geboren, und studirte nach Ablegung seiner Examina unser Specialfach in Dublin, Wien, Berlin und London, wo er längere Zeit als Hospitalsassistent Sir Morell Mackenzie's fungirte. Im Jahre 1879 begann er in St. Louis zu prakticiren, machte sich schnell einen Namen, wurde als Professor der Lungen- und Halskrankheiten und für Klimatologie am Beaumont Hospital Medical College angestellt, und war als Consultant und als Lehrer gleich geschätzt. Viele Jahre hindurch entwickelte er eine ausgedehnte literarische Thätigkeit und nahm eifrigen Antheil an den Verhandlungen der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft. In fast jedem Jahrgange des Centralblatts wird sein Name wiederholt angetroffen werden. Ein nüchterner und zuverlässiger Beobachter von originellen Anschauungen, war er stets allen Extremen abhold und lenkte in seinen literarischen Beiträgen immer wieder die Aufmerksamkeit auf weitere Gesichtspunkte und auf den Zusammenhang unserer Specialdisciplin mit der Allgemeinmedicin. Persönlich war er ein Mann von grosser Liebenswürdigkeit, ehrenwerth und gerade heraus. Der Herausgeber des Centralblatts, der ihn von der Zeit seines Londoner Aufenthaltes her wohl kannte, kann all' das Gute, das dem Heimgegangenen in dem ihm von Dr. Mayer zur Verfügung gestellten Nekrolog nachgesagt wird, aus eigenem Wissen warm bestätigen. Diesem Nachruf zufolge wird Mulhall's Tod in St. Louis von seinen Collegen, welche die besten Richter seien, als ein wahres Unglück angesehen. Möge er sanft ruhen: ein ehrendes Andenken bleibt ihm gesichert!

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Angelegenheiten.

Resolution der Londoner laryngologischen Gesellschaft.

Die Londoner laryngologische Gesellschaft hat in ihrer letzten Sitzung (Februar 1900) folgende Resolution einstimmig angenommen: „Dass es wünschenswerth sei, dass bei allen internationalen Congressen volle und getrennte Sectionen für Laryngologie und Otologie beständen."

Anwesend waren die Herren: F. de Havilland Hall (Präsident), Bateman, Clifford Beale, Bond, Cathcart, Cheatle, Cripp, Davis, Dundas Grant, Heath, Hill, Kelson, Lack, Lazarus, Parker, Pegler, Furniss Potter, Powell, Ramsay, Roughton, Sir Felix Semon, Sharman, Snell, Spencer, Scanes Spicer, Tilley, Waggett, Wingrave, und mehrere andere Mitglieder, die ihre Namen nicht in die Präsenzliste eingetragen hatten.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, April. 1900. No. 4.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Allgemeines etc.

1) **William E. Mc Vey. Die Histologie und pathologische Anatomie der Halsschleimhaut. (The histology and pathological anatomy of the mucous membrane of the throat.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

Bei der pathologischen Hypertrophie und Hyperplasie sind 3 wesentliche Factoren im Spiel 1. das Ueberwiegen der formativen Energie in der Zelle; 2. eine gesteigerte vitale Energie, die als Reiz wirkt; 3. eine gesteigerte Ernährung.

EMIL MAYER.

2) **Stobwasser** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten.** *Deutsche med. Wochenschr. 5. 1899.*

Die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten (des Mundes, des Rachens, des Kehlkopfs) ist häufig und wohl in mehr als der Hälfte der Fälle nachweisbar. Die Schleimhautaffection kann auftreten: 1. isolirt selten; 2. primär, d. h. vor der Hautaffection; 3. gleichzeitig mit der Hautaffection oder nach ihr am häufigsten. Die Rückbildung der Schleimhautaffection erfolgt auch ohne besondere locale Therapie, gewöhnlich mit Hinterlassung leukoplastischer Streifen.

ZARNIKO.

3) **M. Menzel. Zur Kenntniss des Schleimhautpemphigus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkd. etc. No. 4. 1899.*

Bericht über 5 auf der Abtheilung des H. v. Schrötter in Wien beobachtete Fälle. Es giebt Fälle, bei denen ein Recidiv dem andern folgt, bevor noch die Spuren der vorangegangenen Attacken verschwunden sind. In anderen Fällen wiederum folgen die Attacken erst nach längeren Intervallen, während welcher die Kranken ganz frei sind; in einer dritten Reihe tritt der Pemphigus einmal auf ohne folgende Recidive. Narbenbildung erfolgt nur an Stellen, die schon lange Zeit befallen waren. Blasen sind fast nur im Anfang zu sehen; im

weiteren Verlaufe sind sie selten, da der Pemphigus meist in Form weisser Auflagerungen auftritt; doch giebt es keinen Schleimhautpemphigus ohne Blasenbildung. Die Differentialdiagnose, Aetiologie, Prognose und Therapie sind im Original nachzulesen, den Schluss bildet eine Uebersicht der bisher publizirten Fälle. M. hält den Pemphigus für ein Symptom einer chronischen Intoxication.

SCHECH.

4) **Strubell. Ueber Pemphigus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1899.*

Mittheilung eines Falles von Blasenbildung auf der Haut und den Schleimhäuten, welche unter dem Zeichen einer acuten Infectionskrankheit angefangen hatte.

SCHECH.

5) **Neumann** (Wien). **Dauer der Contagiosität der Syphilisproducte. Contagiosität der tertiären Syphilis.** *Wiener med. Presse. No. 1. 1899.*

N. stellt diesbezüglich folgende Sätze auf:

1. Die Infectiosität der Syphilis steht mit der Intensität und Acuität des Processes in innigem Zusammenhange und zeigt mit zunehmender Krankheitsdauer eine Tendenz zur Abnahme.

2. Unter normalen Verhältnissen erlischt die Contagiosität bei sorgfältiger Behandlung nach 3—4jähriger Dauer der Erkrankung, id est mit dem Aufhören des sogenannten Secundärstadiums.

3. Es giebt eine Reihe von Fällen, in denen noch später als nach 4 Jahren secundäre Läsionen auftreten, welche die Uebertragung vermitteln können.

4. Das Auftreten secundärer Läsionen wurde selbst im 3. Decennium der Erkrankung beobachtet. Achtung auf Mundhöhle!

5. Jedenfalls ist die Contagiosität der tertiären Krankheitsproducte nur ganz ausnahmsweise vorhanden, wenn dieselben in einem späten Krankheitsstadium auftreten.

CHIARI.

6) **A. Heller. Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1899.*

Den schon lange von Klinikern behaupteten Zusammenhang von Syphilis mit Aortenaneurysmen hat Heller nun pathologisch anatomisch nachgewiesen. Makroskopisch ist die seltene reine Form der syphilitischen Aortitis durch mehr oder weniger zahlreiche kleine verdünnte Stellen der Wand mit grübchenförmiger Ausbuchtung gekennzeichnet, deren Umgebung gerunzelt in die Grübchen hineinzieht; zuerst ist sie von mehr oder weniger ausgedehnten Verdickungen der Intima mit Neigung zur Schrumpfung und Runzelung begleitet. Diese Verdickungen treten nicht in einzelnen beetartigen Erhebungen sondern mehr diffus auf, sind derb, schrumpfend, bisweilen einer trockenen Necrose in scharf umschriebener Form verfallend.

SCHECH.

7) **Schlesinger. Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre der acuten angioneurotischen Oedeme.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1899.*

Schl. versteht unter dieser Bezeichnung eine polymorphe Erkrankung, welche unter dem Bilde wiederkehrender ödematöser Schwellungen der Haut, Schleimhäute

und anderer Körperabschnitte verläuft und mit dem „angioneurotischen Oedem" identisch ist.

SCHECH.

8) **Czyhlarz. Ein Fall von Kopftetanus.** Wiener medicin. Club, Sitzung vom 10. Mai 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1899.*

In diesem Falle fehlten die Krämpfe der Schlundmusculatur, es bestanden gleichseitige Betheiligung des Nervus facialis, durch tonischen Masseterenkrampf bedingte Mundsperre, die übrigen Hirnnerven frei, ebenso auch die Körper- und Extremitätenmusculatur.

CHIARI.

9) **von Charante** (Rotterdam). **Ein Fall von Kopftetanus.** Aus der I. medicin. Universit.-Klinik in Wien. *Wiener klin. Rundschau. No. 33 u. 34. 1899.*

Im Anschluss an eine Kopfverletzung Erysipel, nach 14 Tagen Trismus, Paralyse und Parese im Verlaufe der Facialis, Schluckkrämpfe fehlten.

CHIARI.

10) **C. Pariser** (Berlin). **Die Lehre vom Wiederkäuen.** *Die Heilkunde. No. 11. 1899.*

Die Ruminatio humana ist eine Reflexneurose des Vagus, nur vorkommend bei einer nervösen Constitution.

CHIARI.

11) **Mendelsohn** und **Gutzmann** (Berlin). **Untersuchungen über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen und seine Bedeutung für die Krankenpflege.** *Deutsche med. Wochenschr. 44. 1899.*

Das Verschlucken ist in der Krankenpflege von grosser Bedeutung. Es schädigt den Kranken: 1. indem es seine Ernährung beeinträchtigt; Kranke, die sich verschlucken, pflegen nur ungern Nahrung zu sich zu nehmen; 2. durch Eindringen von Speisetheilen in die Luftwege (Erstickung, putride Bronchitis, Schluckpneumonie); 3. in gewissen Fällen durch die mit dem Verschlucken verbundene erhebliche Blutdrucksteigerung (Kopfschmerzen bei Struma, Herzstillstand, Bersten eines Aortenaneurysmas); 4. durch Dehnung des Lungengewebes.

Um das Verschlucken zu vermeiden pflegt man den Kranken aufzurichten, oder ihm den Kopf anzuheben.

Man glaubt in der Regel, dass bei dieser Lage der Abschluss des Digestions- gegen den Respirationsweg vollkommener sei und erklärt sich so die günstige Wirkung der aufrechten Lage. Die Verfasser weisen experimentell nach, dass diese Annahme irrig ist: Die Körpererhaltung hat auf die Festigkeit des Abschlusses nicht den geringsten Einfluss. Es kommen vielmehr folgende Ursachen in Betracht: Für das von den Verfassern sogenannte primäre Verschlucken, d. i. Verschlucken ohne Reflexaction ist das maassgebende Moment die im Liegen beeinträchtigte Athmung. Für das secundäre Verschlucken (wobei durch Reflex zunächst Husten ausgelöst wird und hierbei die Verschlüsse der Luftwege durchbrochen werden) geben Differenzen in der Sensibilität und in der Reflexerregbarkeit der einzelnen Abschnitte von Gaumen

und Rachenwand den Ausschlag. Ein Verschlucken findet umso leichter statt, je weiter von der Medianlinie ab der Bissen die Rachenwand passirt.

Einzelheiten müssen in der interessanten Arbeit selbst nachgelesen werden.

ZARNIKO.

12) **Gugenheim. Ueber Beziehungen zwischen Nasen- sowie Rachenaffectionen und anderweitigen Erkrankungen.** Vortrag im ärztl. Verein in Nürnberg.

Nichts Neues.

SCHECH.

13) **Hagedorn** (Hamburg). **Ueber Beziehungen von Allgemein-Krankheiten sowie von Nasen- und Halsleiden zum Gehörorgane.** *Bresgen's Sammlung. Band I. Heft 10.*

Bei der grossen Seltenheit von Affectionen des Halses, die einem Ohrleiden ihre Entstehung verdanken, während das umgekehrte Verhältniss, Ohrenerkrankungen, ausgehend von Leiden der Nase und des Halses, äusserst häufig zu constatiren ist, behandelt Verfasser eingehend nur die letztere Gruppe.

In der Einleitung weist Hagedorn auf die innigen anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Mittelohrräumen und Nasenrachenraum hin als Erklärung für den grossen Einfluss, den pathologische Verhältnisse des letzteren auf erstere auszuüben vermögen.

Es folgt die Schilderung der Folgezustände im Gehörorgan bei acutem Nasenrachenkatarrh, sodann die bei chronischen (einfachen, hypertrophischen [Adenoide] und atrophischen) Katarrhen.

Des Ferneren werden besprochen die verhältnissmässig bösartige acute Otitis, zu der Diabetiker disponiren, sowie die durch Vermittlung der Tube vom Nasenrachenraum übergeleiteten acuten und chronischen Infectionskrankheiten. (Erisypel, Phlegmone, Scharlach, Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Variola, Typhus, Soor — Tuberculose, Syphilis.)

Die Schilderung der Einwirkung gutartiger und bösartiger Neubildungen der Nase und des Nasenrachenraums sowie des Verschlusses der Nasenöffnungen beschliessen die Arbeit, deren Durchsicht namentlich den Nichtspecialisten vor Augen führen soll, wie nothwendig eine sorgfältige Beobachtung des Ohrs in all den erwähnten Krankheiten sich erweist, um rechtzeitig irreparable Folgen zu verhüten.

REIMERS (ZARNIKO).

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Ostino. Rhinologische Mittheilungen und Bemerkungen. (Note ed appunti di Rinologia.)** *Gazzetta medica di Torino. 23. u. 30. März 1899.*

Verfasser veröffentlicht unter diesem Titel Beobachtungen, die er während des Lehrjahres 1897—1898 an der Turiner Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke gemacht hat und die sich zum Theil auf therapeutische Dinge beziehen, zum Theil seltene und interessante Krankheitsfälle zum Gegenstand haben. Von ersteren sind besonders die auf Ozaenabehandlung bezüglichen zu

erwähnen. Die Resultate, die mit der von Bufanti und Delle-Vedova inaugurirten Diphtherieserum-Therapie bei Ozaena erzielt wurden, erwiesen sich als durchaus transitorisch, ebensowenig führten Injectionen von Jod, die auf Veranlassung Gradenigo's, der in der Ozaena eine Affection „parasyphilitischer Natur" sieht, in einigen Fällen versucht wurden, zu dauernden Erfolgen. Da Verf. beobachtet hatte, dass während des Gebrauchs von Thyreoidinpräparaten eine stärkere Blutfüllung der Nasenschleimhaut auftritt — wie dieselbe zu Stande kommt, ist er nicht zu erklären im Stande — so suchte Verf. diese Beobachtung für die Ozaena-Behandlung nutzbar zu machen und gab einer Anzahl von Ozaenakranken Thyreoidin. Während in der That zuerst eine ausgesprochene Besserung des objectiven Befunds und der subjectiven Beschwerden zu constatiren war, erfüllte eine längere Zeit fortgesetzte Behandlung die an jene anfängliche Besserung geknüpften Erwartungen nicht. In Bezug auf die Chirurgie der Nasenhöhle ist Vf. ein unbedingter Lobredner der schneidenden Methoden auf Kosten der Galvanocaustik, die er — wohl etwas allzu summarisch — verwirft.

Unter den vom Vf. berichteten Krankheitsfällen ist erstlich hervorzuheben eine zu vollkommener Stenose der Nase führende Schleimhautschwellung, welche bei einem syphilitisch inficirten Individuum dem Auftreten der Roseola einige Wochen vorausging und auf specifische Behandlung zurückging, ferner ein Tuberculom der Nase, ein Angiom des Septums, eine durch Abtragung einer hyperplastischen das Septum berührenden Muschel geheilte Nasenepilepsie. Den Schluss bilden einige Bemerkungen über die Hertoghe'sche Auffassung der adenoiden Vegetationen als Symptom einer myxoedematösen Erkrankung, einer Auffassung, der Vf. auf Grund seiner Erfahrungen durchaus skeptisch gegenüber steht.

FINDER.

15) **Carlo Monari. Die Bacteriologie der Nasenhöhlen im physiologischen Zustand. (La batteriologia delle fosse nasali allo stato fisiologico.)** *Bollettin. delle malattie dell'orecchio etc. December 1898.*

Aus den Untersuchungen des Vfs. geht hervor, dass die Zahl der in der Nasenhöhle enthaltenen Keime zwar gering ist, dass sie jedoch niemals ganz fehlen, dass sie sich in den vorderen Regionen der Nase sehr viel zahlreicher finden, als in den hinteren und dass unter ihnen die pathogenen Microorganismen nur einen sehr geringfügigen Raum einnehmen.

FINDER.

16) **John Dunn** (Richmond V. A.). **Ueber das Wachsthum des Aspergillus glaucus in der menschlichen Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 29.*

Auf Chromsäureätzschorfen, die Vf. einem 68jähr. Pat. am Septum hinten beiderseits gemacht hatte entwickelten sich ohne jegliche weitere Störung Rasen von Aspergillus glaucus. Nach Entfernung der Schorfe blieb die Nase vom Schimmelpilz verschont.

ZARNIKO.

17) **A. Simoni. Ueber die Häufigkeit von Pseudo-Diphtheriebacillen in der Nasenschleimhaut. (Sulla frequenza dei bacilli pseudodifterici nella mucosa nasale.)** *L'Ufficiale Sanitario. No. VI. 1899.*

Vf. hat 40 Individuen — 10 mit gesunder, 30 mit catarrhalisch afficirter

Nasenschleimhaut — bacteriologisch untersucht und bei 3 gesunden und 18 an chronischem Nasencatarrh leidenden in grosser Menge Pseudo-Diphtheriebacillen gefunden. Da es sich nach seinen Untersuchungen hier um in ätiologischer und pathogener Beziehung völlig indifferente Microorganismen handelt, die sich mit Vorliebe auf der catarrhalisch erkrankten Nasenschleimhaut ansiedeln, so ist nach des Vfs. Ansicht bei jeder bacteriologischen Untersuchung der Nase auf Diphtherie des Autors Verfahren unumgänglich nothwendig.

FINDER.

18) **Fink** (Hamburg). **Die Bedeutung des Schnupfens der Kinder.** *Bresgen's Sammlung. Heft 2.*

Vf. schildert der Reihe nach die physiologische Function der Nase, den acuten Schnupfen der Kinder, den chronischen Schnupfen der Kinder und als dessen Folgezustände Entwickelungsfehler des Oberkiefers, chronischen Retronasalcatarrh, adenoide Vegetationen, Bronchitis, Pavor nocturnus, Laryngismus stridulus, Enuresis nocturna, mangelhafte Entwickelung des Thorax, Sprachstörungen, Ohraffectionen, Augenaffectionen, Aprosexie, Drüsenschwellungen (Retropharyngealabscess), Meningitis, Ekzema der Oberlippe und des Naseneingangs, Nasenblutungen. — Schon aus dieser Aufzählung geht hervor, dass der Schnupfen etwas weit umgrenzt wird, weshalb er dem ununterrichteten Leser (und für solche ist die Bresgen'sche Sammlung in erster Linie bestimmt) weit gefährlicher erscheinen muss, als er es in Wirklichkeit ist. Eine Einschränkung in dieser Hinsicht hätte, wie wir glauben, der fleissigen Arbeit nur zum Vortheil gereichen können.

ZARNIKO (REIMERS).

19) **Gaston. Die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborenen. (Du rôle du coryza dans la mortalité des nouveau nés syphilitiques.)** *Soc. de pédiatrie Paris. October 1899.*

Wie Verf. glaubt, ist die Coryza bei den syphilitischen Neugeborenen nicht nur gefährlich als Zeichen von Lues, sondern auch als Coryza selbst und zwar in Folge von Störungen, welche sich aus der Verstopfung und dem Verschluss der Nase ergeben. Es ist angezeigt, die Allgemeinbehandlung mit einer localen zu vereinigen (Pulvereinblasungen mit dem Politzer'schen Insufflator, Ausspülungen etc.).

A. CARTAZ.

20) **J. A. Pratt. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Med. Progress. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

21) **Frederick C. Rogers. Verhütung des Nasencatarrhs. (Prevention of nasal catarrh.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

22) **Nassauer** (München). **Zur Behandlung des Schnupfens.** *Klin. therapeut. Wochenschr. No. 1. 1899.*

N. empfiehlt, eine lichtrosa Lösung von Kal. hypermanganic. in warmem Wasser durch die Nase zu giessen und hernach einen in diese Lösung getauchten

Wassertampon in die Nase zu legen. — N. spricht sogar von einer fast specifischen Wirkung des Kal. hypermang. bei Schnupfen (!).

CHIARI.

23) **W. Burton. Behandlung der Coryza. (Treatment of coryza.)** *Brit. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

B. instillirt in die Nase eine wässerige Lösung von Tct. Belladonnae nach vorheriger Reinigung der Schleimhaut von Secreten durch Ausspritzung der Nase.

ADOLPH BRONNER.

24) **Herbert Tilley** (London). **Eitrige Secrete von der Nase: Ihre Diagnose und Behandlung. (Purulent nasal discharges: Their diagnosis and treatment.)** *The Clinical Journal. 22., 29. November u. 6. December 1899.*

Das Studium dieser klinischen Vorlesung sei Jedermann empfohlen, der sich über den gegenwärtigen Stand der in Rede stehenden Frage zuverlässig und schnell zu orientiren wünscht.

Der Verf. versteht es, in knapper Form und anschaulicher Darstellung, fern von jeder Uebertreibung und dabei mit den neuesten Untersuchungen und Operationsmethoden vertraut, ein treues Bild der sehr verwickelten Verhältnisse zu geben, welche dem Beobachter hier entgegentreten.

Zu einem Auszuge ist die Vorlesung nicht geeignet: sie bringt, wie bereits bemerkt, in knappem Rahmen so viel stofflichen Inhalt, dass es fast unmöglich ist, Excerpte zu geben. Als besonders rühmenswerth verdient die Mässigung hervorgehoben zu werden, welche der Verf. hinsichtlich operativer Eingriffe bei Nebenhöhleneiterungen zu seinem Grundsatz gemacht hat; er schreckt indessen in Fällen, welche dies erfordern, vor keinem Eingriff zurück und hat offenbar mittelst der von ihm empfohlenen internen und äusseren Operationen im Ganzen sehr günstige Resultate erzielt.

FELIX SEMON.

25) **H. de Stella. Die Gonokokkenrhinitis beim Kinde. (La rhinite gonococcique chez l'enfant.)** *La Belgique Méd. No. 4. 1899.*

Nach den Beobachtungen des Autors an der Klinik von Prof. Eeman in Gent ist die blennorrhagische acute eitrige Rhinitis häufig beim Kinde und sollte sie in der Pathologie des ersten Lebensalters neben der eitrigen Ophthalmie gleichen Ursprungs figuriren. Der Autor hat diesbezüglich alle Kinderrhiniten bakteriologisch untersucht, welche sich in den letzten Monaten in der Klinik präsentirten, und darunter 15 Fälle mit Gonokokken aufgefunden.

Er theilt einen typischen Fall davon mit und kommt noch auf die Therapie zu sprechen.

BAYER.

26) **Morf** (Winterthur). **Ein Beitrag zur Aetiologie der genuinen Rhinitis fibrinosa.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 21. 1899.*

Verf. kommt nach Durchsicht aller Berichte über Rhinitis fibrinosa zu zwei Schlussfolgerungen:

1. Die Rhinitis fibrinosa ist in der Mehrzahl der Fälle diphtheritischer Natur, also contagiös.

2. In einer Minderzahl ist der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht nachzuweisen, dagegen Strepto- und Staphylokokken.

Die drei Fälle, welche M. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigten sich ebenfalls als diphtherisch. Nach Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse kommt Verf. zu folgendem Schlusssatz: „Steht es also fest, dass die genuine Rhinitis fibrinosa ätiologisch, anatomisch und klinisch sich in der Regel von der Diphtherie nicht unterscheidet, so ist es auch ganz selbstverständlich, wenn gegenüber diesen Fällen dieselben Schutzmaassregeln gefordert werden, wie bei Diphtheritis.“ Unter solchen Umständen ist es dann aber fraglich, ob von einer genuinen Rhinitis fibrinosa überhaupt noch gesprochen werden kann und ob daher nicht der Titel dieser Arbeit mit deren Inhalt im Widerspruche stehe. Dies rügt Spirig (St. Gallen) in einer kurzen Replik in der folgenden Nummer (22) dieses Fachblattes. Bei der kleinen Minderzahl der Fälle ohne Diphtheriebacillen konnten dieselben vielleicht durch die vielen in der Nase sich aufhaltenden Mikroben vernichtet worden sein, auch kann einmal die mikroskopische Untersuchung im Stiche lassen.

Jedenfalls hat Morf's Publication das Verdienst, diese fragliche Rhinitis fibrinosa übersichtlich besprochen und das practische Verhalten des Arztes gegenüber derselben bestimmt zu haben.

JONQUIÈRE.

27) **J. Gibb Wishart. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrinous rhinitis.)** *Dommion Med. Monthly. Juli 1899.*

Während des letzten Sommers hat Verf. diese Affection mehrfach beobachtet. Sie ist von der Diphtherie zu unterscheiden und die Kranken brauchen nicht isolirt zu werden.

EMIL MAYER.

28) **Chauveau. Ein letaler Fall von fibrinöser Rhinitis. (Fatal case of fibrinous rhinitis.)** *St. Louis Med. and Surgical Journal. Juli 1899.*

In dem mitgetheilten Fall fand man Pneumonie- und Staphylokokken. Die Meningitis war wohl tuberculöser Natur.

EMIL MAYER.

29) **Giulio Martuscelli. Käsige und pseudo-käsige Rhinitis. (Rinite caseosa vera e pseudo-rinite caseosa.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1899.*

Verf. hat sich mit der in der rhinologischen Literatur Italiens in den letzten Jahren eine verhältnissmässig grosse Rolle spielenden Frage vom Wesen der Rhinitis caseosa besonders vom Standpunkte des Bakteriologen aus beschäftigt. Er ist zu einem zwischen den beiden extremen Ansichten vermittelnden Standpunkt gelangt, indem er unterscheidet zwischen einer Pseudo-Rhinitis caseosa, die keine Krankheit sui generis darstellt, sondern sich als Begleiterscheinung der verschiedensten mit Eiterung einhergehenden Krankheitsprocesse in der Nase (Nebenhöhleneiterungen, Fremdkörper, zerfallende Geschwülste) findet und bei der sich alle hauptsächlichen Mikroorganismen finden. Die Rhinitis caseosa vera ist dagegen eine selbstständige und durch constanten bakteriologischen Befund wohl charakterisirte Krankheit, und zwar ist der Krankheitserreger höchst wahrscheinlich der zuerst von Cohn 1874 beschriebene und als Streptothrix alba bezeichnete faden-

förmige Parasit, der wohl mit dem von verschiedenen Autoren bei Rhinitis caseosa gefundenen und von ihnen unter verschiedenen Namen beschriebenen — so von Sabrazès als Bacterium filamentosum — Microorganismus identisch ist.

FINDER.

30) **J. Arslan. Ein letztes Wort über die käsig-eitrige Rhinorrhoe (Rhinitis pseudo-caseosa). (Un'ultima parola sulla rinorrea purulenta caseiforme [rinite pseudocaseosa].)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio etc. April 1899.*

Verf., der bereits in einer Reihe von Publicationen der käsigen Rhinitis das Recht, als Krankheit sui generis zu gelten, bestritten hat, bringt 2 weitere Fälle zur Stütze seiner Ansicht, dass es sich stets nur um eine durch Verlegung der Nasenhöhle bedingte Complication eitriger Processe handelt. FINDER.

31) **Garello. Ueber die Aetiologie der käsigen Rhinitis. (Sull'eziologia della rinite caseosa.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 24. März 1899.*

Steht auf demselben Standpunkt, wie der vorige Autor, und belegt seine Ansicht gleichfalls durch Mittheilung zweier Fälle. FINDER.

32) **Mlle. M. Robineau. Studie über den Erreger der Ozaena. (Etude sur le microbe de l'ozène.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Verf. giebt eine rein bakteriologische Studie. Der Ozaenaerreger ist ein polymorpher, unbeweglicher Bacillus. Er bildet keine Sporen und färbt sich nicht nach Gram. Am häufigsten hat er eine fadenförmige Gestalt, jedoch in alten Culturen eine zusammengezogene. In der Nasenschleimhaut Ozaenakranker findet er sich fast im reinen Zustand vor. In Culturen producirt er Riechstoffe, und zwar niemals angenehme; alte Culturen auf Kartoffeln entwickelten vorwiegend Ammoniakverbindungen, deren Geruch an alten Käse erinnerte. Die morphologischen und biologischen Kennzeichen gleichen denen des Friedländer'schen Bacillus. Das einzige, freilich nur durch Impfungen feststellbare Unterscheidungsmerkmal ist die abgeschwächte pyogene Virulenz. Verf. hält den Ozaenaerreger für einen Friedländer'schen Bacillus, der seine pyogene Kraft eingebüsst hat.

A. CARTAZ.

33) **Meslay** et **P. Violet. Bacteriologische Untersuchungen in 4 Fällen von Rhinitis atrophicans. (Examen bactériologique de quatre cas de rhinite atrophique.)** *Soc. anat. de Paris. Juli 1899. p. 746.*

Bei Untersuchung der Nasenschleimhaut fanden sich die Friedländerschen Pneumokokken, die sich von den durch Löwenberg beschriebenen in nichts unterschieden. Bei 3 Patienten waren otitische Complicationen vorhanden und es gelang bei zweien, im Eiter die Pneumokokken nachzuweisen.

A. CARTAZ.

34) **Paul George. Pathogenese der Ozaena und ihre Beziehungen zu den Entzündungen der Nebenhöhlen. (Pathogenie de l'ozène, rapports de l'ozène et des sinusites.)** *Thèse de Nancy. 1899.*

Verf. vertritt den Standpunkt seines Lehrers Jacques (Nancy) und folgert,

dass die Ozaena keine einheitliche Krankheit, sondern lediglich ein Symptomencomplex ist. Die Ursache der Ozaena ist stets dieselbe und beruht, wie er glaubt, in einer Eiterung des Naseninnern, am häufigsten jedoch der Nebenhöhlen. Nur eine radicale Beseitigung der Eiterung kann sicher das Fortschreiten des Leidens aufhalten. In jedem Falle zeigt eine exacte Untersuchung eine chronische Eiterung aus einer oder mehreren Höhlen. Die Therapie muss mit der Behandlung der erkrankten Höhlen beginnen.

A. CARTAZ.

35) **Meisser-Siebenmann** (Davos-Klosters). **Chamäprosopie. Ein ätiologisches Moment für manifeste Ozaena.** Baseler Dissertation. Berlin bei Schumacher. 1898.

Verf. macht nach einleitender Erörterung sämmtlicher Aetiologien über Rhinitis atrophica foetida bei den mechanischen Theorien von Zaufal, Hopmann und Kayser Halt, welche ihn zu vergleichenden Messungen der Schädelknochen bei 40 ihm in der Klinik Siebenmann's zugänglichen Ozaenakranken und bei Gesunden anregten. Folgende Maasse kommen hier zur Geltung: 1. Die Obergesichtshöhe, von der Mitte der Stirnnasennaht zur Mitte des Alveolarrandes des Oberkiefers; 2. die Obergesichtsbreite, d. i. das Jochbreitenmaass; 3. die Nasenhöhe von der Nasenstirnnaht bis zur Mitte des Nasenstachels; 4. die Nasenbreite, die grösste Breite der Apertura pyriformis; 5. die Gaumenhöhe; 6. die Hirnschädellänge; 7. die Hirnschädelbreite; 8. die Nasenlänge hatte schon Hopmann gemessen und bei der Ozaena regelmässig verkürztes Septum gefunden.

Die einfache allgemeine Formel dieser Berechnung ist $\frac{100 \cdot x}{y} = Z$, wo x der kleinere, y der grössere der zusammengehörigen Diameter ist. Z ist der Quotient als Index bezeichnet, 100 der gemeinschaftliche decimale Multiplicator des Bruchs (Ref.), z. B.:

$$\frac{100 \times \text{Obergesichtshöhe}}{\text{Jochbreite}} = \text{Obergesichtsindex}$$

$$\frac{100 \times \text{Hirnschädelbreite}}{\text{Hirnschädellänge}} = \text{Hirnschädelindex u. s. w.}$$

Niedrige Obergesichter, Chamäprosopieindex 41,3—50,0.
Hohe Obergesichter, Leptoprosopieindex 50,1—52,6.

Es zeigte sich bald, dass die Ozaena ganz regelmässig bei den chamäprosopen Gesichtern gefunden wurde. Hiermit stimmten auch regelmässig die Nasen- und Gaumenindexe überein:

Nasenindex bei Chamäprosopen 51,1—58,1 = Platyrhynie,
„ „ Leptoprosopen bis 47,0 = Leptorhynie.
Gaumenindex bei Chamäprosopie bis 45,0 = Platystaphylie,
„ „ Leptoprosopie 45,1 und mehr = Hyphistaphylie.

Diese Verhältnisse machen aber noch keine Ozaena aus. Dazu ist ein weiteres Moment nothwendig. Man fand nun regelmässig in der Nasenschleimhaut der chamäprosopen Gesichter eine mehr oder weniger verbreitete Metaplasie des Epithels, d. h. Ersetzung des Flimmerepithels durch Plattenepithel. Dadurch erst

kommt in den weiten Nasenhöhlen mit dem grossen Nasenindex die Stagnation und Zersetzung des Schleimes, die Ausdörrung der Nasenschleimhaut zu Stande.

Verf. formulirt seine Schlusssätze folgendermaassen:

A. Rhinitis atroph. foetida findet sich in der Regel nur bei Breitgesichtern (Obergesichtsindex unter 50,1).

B. Bei „einseitiger Ozaena" ist das Epithel der anscheinend gesunden Seiten wenigstens im Gebiet der mittleren Muschel auch metaplasirt.

C. Für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Rhinitis atrophica foetida müssen in der Hauptsache zwei Factoren zusammenwirken, nämlich

1. Epithelmetaplasie der Scheimhaut der Nase.
2. Chamäprosopie resp. weite Nasenhöhle.

Die Atrophie erklärt M. nach der Analogie des rascheren Schwundes des Knochens an austrocknenden, als bei feuchten Stellen des Cholesteatoms des Ohres (Siebenmann). Ob diese Erklärungsweise genügt und ob nicht noch ein dritter neurotrophischer Factor zu Hülfe gezogen werden muss, lässt Ref. dahingestellt.

JONQUIÈRE.

36) **Chauveau. Nervöse Herz- und Digestionsstörungen bei Ozaenakranken. Ein Beitrag zur Pathogenese der Ozaena. (Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogenie de l'ozène.)** *France Médicale. 14. April 1899.*

Da Verf. bei Ozaenakranken allerlei nervöse Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Melancholie, depressive Zustände etc.) beobachtet hat, schliesst er auf einen neuropathischen Ursprung des Leidens.

PAUL RAUGÉ.

37) **Bommier. Ozaena. (L'ozène.)** *Nord médical. 1. October 1899.*

Uebersichtliche Aufzählung aller gegen dieses Leiden angewendeten therapeutischen Maassnahmen.

A. CARTAZ.

38) **Gouguenheim** u. **Lombart. Die interstitielle Kupfer-Electrolyse bei Ozaena. (De l'ectrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène.)** *Revue internat. d'électrothérapie. 1899. p. 137.*

Die in den Annalen für Ohrenkrankheiten bereits publicirte Arbeit befasst sich mit der Indication und der manuellen Technik der Elektrolyse bei Rhinitis atrophicans. In 7 Fällen erzielte man recht befriedigende Resultate.

A. CARTAZ.

39) **Bock** (Göttingen). **Erfahrungen über die Electrolyse, speciell in der Nasenbehandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. 45. 1899.*

Warme Empfehlung der Elektrolyse zur Beseitigung von Difformitäten des Septums.

ZARNIKO.

40) **Bruck** (Berlin). **Die Behandlung der genuinen Ozaena mittels der permanenten Tamponade.** *Allg. med. Central-Zeitung. 74. 1899.*

Durch das Einlegen von Streifen von hydrophilem Mull ist die Möglichkeit einer permanenten, Tag und Nacht stattfindenden Reiz- und Drainagewirkung im

Naseninnern gegeben, so dass es bei der consequenten und richtigen Ausführung dieser Methode niemals zur Krustenbildung und damit zum Auftreten des Foetors kommen könne.

SEIFERT.

41) **Réthi** (Wien). **Gegenwärtiger Stand der Therapie des hypertrophischen Nasencatarrhs.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 2, 3. 1900.*

Die Therapie hat sich in 2 Richtungen zu bewegen, erstens die Secretion auf normale Bahnen zu leiten und zweitens die Nasenpassage wieder wegsam zu machen, jedenfalls muss auch den ätiologischen Momenten Rechnung getragen werden. Zum Reinigen der Nase empfiehlt R. lauwarme physiologische Kochsalzlösung, bei eitriger Secretion eventuell Resorcin (1 : 200—300). Zur Beseitigung der Hypertrophien kommen die Aetzungen und die Abtragungen mit Schlinge oder Scheere in Betracht.

SEIFERT.

42) **Bruck** (Berlin). **Zur Abtragung der circumscripten Verdickungen der Nasenschleimhaut.** *Allg. med. Central-Zeitung. 41. 1899.*

Zur Abtragung der circumscripten Verdickungen der Nasenschleimhaut empfiehlt Bruck die auf langdauernder Compression und etappenweiser minimalster Durchquetschung der Gewebe beruhende protrahirte Abschnürung mittelst der kalten schneidenden Schlinge.

SEIFERT.

43) **Fein. Eine vereinfachte Methode der Abtragung der hinteren Muschelhypertrophien.** Wissenschaftl. Verein der k. und k. Militärärzte der Garnison Wien, Sitzung vom 8. April 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1899.*

F. demonstrirt die von ihm angegebene Doppelscheere und bespricht die Vortheile dieser Operationsmethode, zu denen namentlich die leichte Ausführbarkeit und die Möglichkeit der Cocainanwendung gehört.

CHIARI.

44) **Ostmann** (Marburg). **Zur Entfernung der hinteren Hypertrophien der unteren Muscheln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 200. 1899.*

O. combinirt die Anwendung des Galvanocauters und der kalten Schlinge. Er führt zuerst mit dem Furchenbrenner einen bogenförmigen Schnitt von hinten nach vorn und unmittelbar über dem unteren Rande der knöchernen Muschel durch die Schleimhaut bis auf den Knochen. Dann wird die kalte Schlinge so angelegt, dass sie beim Zuziehen in die galvanocaustische Furche gleitet. Man operirt nach O.'s Angaben mit dieser Methode sehr schnell, sicher fast ganz schmerzlos, unter sehr geringer Gefahr für das Ohr und nahezu unblutig.

F. KLEMPERER.

45) **Eugene R. Corson. Ein offenbar durch Rhinitis syphilitica chronica bedingter, dem Verlauf des Sinus longitudinalis superior folgender Fall von chronischer Pachymeningitis. (A case of chronic pachymeningitis following the course of the superior longitudinal sinus and apparently the result of chronic syphilitic rhinitis.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Juli 1899.*

Bei der Autopsie fand man die Sinuswand stark verdickt und das Lumen sehr verengt. Ueber den Befund am Siebbein und Foramen coecum wird nichts berichtet.

EMIL MAYER.

46) **Pairier. Syphilitischer Nasenschanker. (Chancre syphilitique du nez.)** *Ann. de la Soc. Med. Chir. d'Anvers. August, September, October 1899.*

Auf der rechten Seite der Nase sitzt eine mehr als 2 cm grosse abgerundete Ulceration, die leicht kuppelförmig wenig tief ist und schwach erhöhte Ränder hat. Basis indurirt; Drüsen infiltrirt in der Reg. submaxill. Das Geschwür ist indolent, und secernirt wenig; Farbe von Muskelgewebe. BAYER.

47) **Holländer** (Berlin). **Ueber den Nasenlupus.** *Berliner klin. Wochenschrift. 24. 1899.*

Vf. sondert die Nasenlupuskranken in zwei Abtheilungen. Bei der ersten ist nur die Haut der Nase und des Gesichts ergriffen, der Process besteht Jahre und Jahrzehnte ohne zu tiefern Destructionen zu führen. Die Schleimhäute der obern Luftwege sind lupusfrei, Drüsenschwellungen fehlen. Bei der zweiten Gruppe besteht die Krankheit erst wenige Jahre, beginnt stets an der Nase und zwar von der Nasenschleimhaut. Von hier aus breitet sie sich sowohl über die Gesichtshaut, als auch nach den tiefer liegenden Luftwegen hinaus, ferner über Lippen, Gaumen, Bindehaut. Drüsenschwellungen fehlen nie. Die Prognose quoad vitam ist erheblich ungünstiger, als bei der ersten Gruppe.

Vf. empfiehlt zur Beseitigung des Erkrankten seine Methode der Heissluftcauterisation, bei der das lupöse Gewebe mortificirt wird, während das gesunde leben bleibt. An einer Reihe von Abbildungen werden die geradezu verblüffenden Resultate der Methode gezeigt. ZARNIKO.

48) **Max Goerke** (Breslau). **Zur Pathologie und Diagnostik der Nasen-Tuberculome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 50. 1899.*

Eine pathologisch-anatomisch Studie anknüpfend an die Untersuchung eines tuberculösen Tumors, der in der Nähe der Riesenzellen und innerhalb derselben eigenthümliche Gebilde von runder, länglicher, kleeblattförmiger oder bandartiger Gestalt zeigte, die sich bei näherer Untersuchung als Degenerationsproducte — hauptsächlich als Kalk und Elacin, letzteres ein Degenerationsproduct des Elastins der elastischen Fasern — herausstellten. Von besonderer diagnostischer Wichtigkeit ist der Nachweis von Tuberkelbacillen. Dieselben sind stets spärlich; man muss viele Schnitte durchmustern und besonders in den tieferen Schichten suchen. Gegenüber der Fremdkörperchentuberculose und den syphilitischen Granulomen ist der Bacillenbefund differentialdiagnostisch entscheidend. F. KLEMPERER.

49) **A. M. Goldstein. Oto-laryngologische Irrthümer, ihre Folgen und ihre Verbesserung. (Errors observed in oto-laryngological work; their results and remedies.)** *Medical Herald. Februar 1899.*

G. stellt einen Fall von Nasenbluten vor, bei dem alle Mittel in auffälliger Weise sich als unwirksam erwiesen. Es handelt sich um einen Fall von Hämophilie. EMIL MAYER

50) **George Dock. Ein Fall von letalem Nasenbluten mit Blutuntersuchung. (A case of fatal epistaxis with a study of the blood.)** *N. Y. Med. Journal.*

6. Mai 1899. N. Y. Med. Record. 13. Mai 1899. Boston Med. and Surg. Journal. 25. Mai 1899.

Der Pat. litt seit 6 Wochen an schwerem Nasenbluten. Local liess sich keine Ursache nachweisen. Trotz aller Mittel, die angewandt wurden, wiederholte sich die Blutung auch im Hospital immer wieder. Die Bluntuntersuchung ergab eine starke Abnahme der rothen Blutkörperchen, die zuletzt auf 360,000 im qmm sanken, dabei zahlreiche kernhaltige Rothe und mässige Leucocytose. Der Pat. starb und bei der Section fand sich am Septum der Nase ein kleines Epitheliom.

LEFFERTS.

51) **J. M. da Costa. Spätes Nasenbluten bei Typhus. (Late epistaxis in typhoid fever.)** *Medical Fortnightly. 1. Februar 1899.*

Bericht über 2 Fälle. Das Nasenbluten schliesst sich meist an schwere cerebrale Symptome an und erleichtert dieselben dann. Es ist ein Zeichen der Deterioration des Blutes. Kälte äusserlich und Ergotin innerlich bringen es gewöhnlich zum Stehen.

EMIL MAYER.

52) **C. Kompe. Ueber die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom der Gehirnerweichung unter Berücksichtigung der Beziehungen beider Krankheiten zur Arteriosclerose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 2. p. 181. 1899.*

5 Krankengeschichten. Die innere Nase wird von der Carotis interna und externa versorgt; besonders die erstere steht in der Häufigkeitsscala der arteriosclerotischen Erkrankung obenan. Bei spontanem Nasenbluten von Leuten in den vierziger Jahren ist an Arteriosclerose zu denken und event. die geeignete Behandlung (diätetisch-hygienische Therapie, Jodverbindungen) einzuleiten.

F. KLEMPERER.

53) **S. Marx. Einleitung des Aborts wegen unstillbaren Nasenblutens. (Induction of abortion because of uncontrollable epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1899.*

Junge, gesunde Frau, seit 2 Jahren verheirathet, früher nie an Nasenbluten leidend. Eine Woche nach dem vermuthlichen Eintritt der Conception begann heftiges Nasenbluten. Dasselbe wiederholte sich alle 3—4 Tage, jedesmal in stärkerem Maasse. Als M. die Frau sah, die damals im 3. Monate war, bestand erhebliche Anämie und ein bedrohlicher Collaps. Die Nase war bereits fest tamponirt. Es wurde eine Salzlösung per Klysma gegeben und dann in Schleich'scher Narcose ein Accouchement forcé vorgenommen, wobei unter einigen Schwierigkeiten Zwillingsfrüchte zu Tage gefördert wurden. Der Uterus wurde mit Gaze ausgestopft. Die Patientin erholte sich sehr langsam. Zur Erklärung des Nasenblutens vermag Vf. nur die Theorie von der hydrämischen Plethora, die bei Schwangerschaft oft auftritt, anzuführen.

LEFFERTS.

54) **Carl Seiler. Das Nasenbluten; seine Ursache und Behandlung. (Epistaxis, its cause and treatment.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

55) **A. Rosenberg. Bemerkungen über Nasenbluten bei Kindern. (Remarks on nosebleed in children.)** *Pediatrics. 15. Juli 1899.*

Nasenbluten kommt bei Kindern nicht selten vor. Vf. räth Cauterisation der blutenden Stelle am Septum mit Chromsäure unter Cocainanästhesie.

EMIL MAYER.

56) **Marcel Natier. Drei Fälle von spontaner Blutung aus dem Septum. (Trois cas d'hémorrhagies spontanées de la cloison.)** *Journ. de Praticiens. 13. Mai 1899. Laryngoscope. August 1899.*

Zwei Fälle zeigten varicöse Venen mit Ulcerationen, während im dritten eine Ruptur des inneren Astes der Art. spheno-palatina vorlag. Die blutende Stelle lag in diesem Falle sehr viel höher und weiter rückwärts als in den beiden ersten. Vf. glaubt nicht, dass die Heilung von Nasenbluten Arteriosclerose zu begünstigen vermag.

A. CARTAZ.

57) **Robert C. Myles. Fälle von traumatischer Blutung aus Nase und Rachen. (Traumatic hemorrhage from nose and pharynx with report of cases.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

M. beschreibt mehrere Fälle von gefährlichen Blutungen, bei denen man erst erkannte, worum es sich handelte, als die Patienten nahezu verblutet waren. Sobald man bemerkt, dass man einen Bluter vor sich hat, soll man sofort Tampons mit Acid. tanno-gallicum appliciren.

EMIL MAYER.

58) **Gillette. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1899.*

G. empfiehlt Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd. Er nimmt 1 Theelöffel voll oder mehr unverdünnt und injicirt es mittelst der gewöhnlichen Spritze. Die Heilung ist eine unmittelbare. Auch bei Operationen in den Nasenhöhlen, wenn das Blut das Gesichtsfeld verdunkelt, injicirt er H_2O_2.

LEFFERTS.

59) **Rendu. Die Behandlung des recidivirenden Nasenblutens. (The treatment of recurrent epistaxis.)**

Rp. Antipyrin 0,45
Tannin 0,9
Saccharin 9.
S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

60) **Boyd Cornick. Zur Stillung von Nasenbluten. (To control epistaxis.)** *Canada Lancet. Mai 1899. N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

C. führt ein vorher sorgfältig ausgekochtes, ausgedrücktes Stück präparirten Schwamms, in Gestalt und Länge einem kleinen Finger ähnlich, mittelst einer Zange vorsichtig in die blutende Nasenseite ein. Styptica sind nicht nöthig; sie verursachen nur unnützen Reiz. Der Schwamm soll 12 Stunden, unter keinen Umständen länger als 24 Stunden liegen bleiben. Nachher kann geschmolzenes Vaselin mit einem Gehalt von 0,5 pCt. Carbolsäure in ausgiebigen Mengen local applicirt werden.

LEFFERTS.

61) **A. W. Watson. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1899. The Kansas City Medical Record. Juni 1899.*

Ein 16- bis 24mal zusammengefalteter Gazestreifen wird mittelst eines durch die Nase geführten Fadens um die Mitte gefasst und vorsichtig bis in den hinteren Theil der Nasenhöhle gezogen. LEFFERTS.

62) **P. Raugé. Die Epistaxis und ihre Behandlung.** *Wiener medicin. Blätter. No. 33. 1899.*

R. spricht sich u. a. gegen die Bellocq'sche Tamponade aus, die in den seltensten Fällen von Epistaxis indicirt ist. Für den Specialisten nichts Bemerkenswerthes. CHIARI.

63) **A. Courtade. Tamponade der Nasenhöhlen mit einer neuen Sonde. (Du tamponement des fosses nasales avec une nouvelle sonde.)** *Société de Therapeutique. März 1899.*

Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, welche die Anwendung der classischen Bellocq'schen Sonde mit sich bringt und schlägt vor, diese durch eine neue zu ersetzen, die folgende Vortheile bietet: a) sie ist dünner (2 mm Durchmesser) und gestattet den Durchgang selbst durch die engsten Nasenhöhlen, b) ihre Krümmung ist weniger ausgesprochen und c) sie führt am Ende eine nicht geschlossene Oese, welche gestattet, die den Tampon tragende Fadenschlinge durch einfaches Anhaken zu befestigen. PAUL RAUGÉ.

64) **W. H. Peters. Ein einfacher und vollkommener Nasentampon. (A simple and perfect nasal tampon.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 22. April 1899.*

P. befestigt einen Condom auf einem weichen Catheter, führt ihn in die Nase ein und bläst ihn auf. EMIL MAYER.

65) **W. L. Carroll. Eine einfache und wirksame Methode zur Stillung von Nasenbluten. (A simple and effective device to arrest epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 10. Juni 1899.*

C. führt mittelst eines weichen Catheters einen gewöhnlichen Condom in die Nase ein. LEFFERTS.

66) **R. Scheinkman. Ein Instrument zum Gebrauch bei Nasenbluten. (An instrument for use in epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Der complicirte Apparat ist ohne Wiedergabe der die Mittheilung begleitenden Abbildung kaum zu veranschaulichen. Im Wesentlichen handelt es sich um 2 wurstähnliche Gummikörper, die mit Luft aufgeblasen sind und durch einen extranasalen Theil zusammengehalten werden. LEFFERTS.

67) **Roche. Nasenbluten gestillt durch heisse Aufschläge. (Epistaxis cured by poultices.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899.*

R. legt bei Nasenbluten einen sehr heissen Umschlag auf den Nacken. Mit diesem einfachen Mittel hat er stets Erfolg gehabt, manchmal selbst in Fällen, in denen viele andere Mittel, wie Compression, Eis, Adstringentien, fehlgeschlagen waren. LEFFERTS.

68) **Freudenthal** (Peine). **Lebensgefährliche Nasenblutung gestillt durch örtliche Gelatineeinspritzungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Therapeut. Beil. 12.*

Nachdem Verf. bei einer 68jährigen stark aus der rechten Nasenhöhle blutenden Dame vergeblich die vordere und die hintere Tamponade versucht hatte, verfiel er, als die Pat. schon dem Verbluten nahe war, auf die Idee, eine Gelatinelösung (6 Blättchen weisser Gelatine auf 1 Obertasse kochenden Wassers) mit einer Spritze in die blutende Nase zu injiciren. Die Blutung stand augenblicklich.

ZARNIKO.

69) **Zacharias Donogány** (Budapest). **Beiträge zum histologischen Bau der knorpligen Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der habituellen Nasenblutungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Verf. hat an 100 Septen die zu Blutungen besonders geneigte sogenannte Kiesselbach'sche Stelle mikroskopisch untersucht und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Blutungen von dem knorpligen Nasenseptum werden in der Mehrzahl der Fälle durch locale Veränderungen verursacht.

2. Diese Veränderungen haben entweder pathologischen oder embryonalen Ursprung. Im ersten Falle ist Gefässerweiterung, im zweiten eine Art von Corpus cavernosum vorhanden.

3. Neben diesen Veränderungen spielt auch das subepitheliale Bindegewebe eine wichtige Rolle, welches durch seine stärkere Entwickelung die Entstehung der Blutungen erschweren, und durch seine Atrophie oder Fehlen erleichtern kann.

F. KLEMPERER.

70) **Réthi** (Wien). **Die Verbildungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 9.*

Nach einigen pathologisch-anatomischen Bemerkungen theilt Verf. die ätiologischen Momente in solche traumatischer, compensatorischer und physiologischer Natur. Letzteres Moment ist das häufigste. Sowohl bei den Deviationen wie den Auswüchsen spielen meist allgemeine Ursachen eine wesentliche Rolle, zumal ungleiche Wachsthumsvorgänge des Gesichtsskelets.

Ebenso sind auch die Symptome zum grossen Theil allgemeiner Art. Störungen der Respiration, der Sprache, des Geruchs und Geschmacks, Erkrankungen des Auges, des Nervensystems treten auf, die auch nach Beseitigung des Localleidens oft noch persistiren.

Was die Therapie betrifft, so erfordern geringe Verbiegungen keine Behandlung, bei mittleren genügt Aetzung oder Galvanokaustik. Bei den grösseren empfiehlt Verf., falls sie vorn liegen, einen Kreuzschnitt in das hervorragende Septum und Einlage eines Röhrchens. Die rückwärtsliegenden erfordern einen Schnitt von der concaven Seite unter Einlage einer Schutzplatte. Bei den Auswüchsen grösserer Art ist Säge, Meissel oder electrischer Bohrer indicirt. Electrolyse ist nicht so empfehlenswerth. Auf die Nachbehandlung ist grosse Sorgfalt zu verwenden.

SALOMON (ZARNIKO).

71) **Georg Bönninghaus** (Breslau). **Ueber die Beseitigung schwerer Verbiegungen der knorpligen und knöchernen Nasenscheidewand durch die Resection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 269. 1899.*

Krieg empfahl 1889, das knorplige Septum, soweit es deviirt ist, von der convexen Seite aus mit Einschluss der Schleimhaut und Knorpelhaut zu reseciren. B. dehnt diese Methode aus, indem er auch den deviirten Knochen resecirt. Er stellt in tabellarischer Form 19 Fälle, die er so behandelt hat, zusammen und bespricht eingehend die Technik seiner Operation, welche „die hochgradigsten und ausgedehntesten Deviationen von der Nasenspitze bis in die Choanen, den Schiefstand der äusseren Nase nicht ausgeschlossen, zu beseitigen im Stande ist".

F. KLEMPERER.

72) **E. Baumgarten. Das Schleich'sche Verfahren bei den Operationen der Septumverbiegungen und Leisten. (Az orrsövény elhailasainak és léczemek mutevése a Schleich-féle eljárással.)** *Orvosi Hetilap. No. 26. 1899.*

Verf. referirt über seine Erfahrungen mit der von Schleich eingeführten anästhetischen Methode, die er bei verschiedenen Operationen in der Nasenhöhle anwendete. Er ist mit den Erfolgen sehr zufrieden und benutzt die Methode bei allen Scheidewandverkrümmung- und Crista-Operationen. Vor dem Einstich anästhesirt er oberflächlich mit Cocain. Anfänglich benutzte er zur Einspritzung die Originallösung, die er jedoch später mit einer einfachen physiologischen Kochsalzlösung vertauschte. Verf. zieht den Meissel bei diesen Operationen einem jeden anderen Instrumente vor. Die Vortheile des Verfahrens sind eine minimale oder gar keine Blutung und eine totale Anästhesie, wodurch ermöglicht wird, jede Operation in einer Sitzung durchzuführen. Eine strenge Tamponirung ist nicht zu vernachlässigen. Bei Entfernung der mittleren Muschel, Punction der Highmorshöhle und selbst bei Tracheotomie hat sich das Verfahren bewährt.

v. NAVRATIL.

73) **W. L. Grant. Gewöhnliche nasale Ursachen von Augensymptomen. (Common nasal causes of eye symptoms.)** *Charlotte Med. Journal. August 1899.*

Nach Entfernung kleiner Spinen am Septum sollen gewisse Augensymptome geschwunden sein.

EMIL MAYER.

74) **Breitung** (Koburg). **Die Bedeutung der elektrischen inneren „Trommelmassage" der Nasenschleimhaut für den praktischen Arzt und ihre Technik.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 96. 1899.*

Zur Massage der Nasenschleimhaut hat Breitung ein Instrument angegeben, das im Wesentlichen aus einer durch electrischen Strom in hämmernde Bewegung zu versetzenden Sonde besteht, diese mit Watte armirt und in Jodvasogen oder Mentholvasogen eingetaucht, wird in die Nase eingeführt und allmälig über die ganze Schleimhaut geführt, so dass die Dauer der Massage anfangs $^{1}/_{2}$ Minute, später 3—5 Minuten beträgt. Der therapeutische Effect ist bei den atrophischen Processen höher als bei den hyperplastischen, ganz besonders viel leistet die Massage bei der Ozaena.

SEIFERT.

75) **A. H. Herzog. Die moderne Therapie der Nasenkrankheiten. (The modern treatment of diseases of the nose.)** *Internation. Journal of Surgery. Juni 1899.*

Weder neu noch modern. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

76) **Audry** (Toulouse). **Ueber eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. 3. XXIX. 1899.*

Die von Fordyce beschriebene Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, welche durch das Auftreten miliarer, feinster, gelbweisser Körner charakterisirt ist, die mehr oder minder zahlreich unmittelbar unterhalb des Epithels der Schleimhaut der Lippen und Wangen liegen, besteht nach den Untersuchungen von Audry in Talgdrüsen. Jedes Korn entspricht einer Talgdrüse oder einem Talgdrüsenläppchen. SEIFERT.

77) **Delbanco** (Hamburg). **Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. 8. 1899.*

Ausführliche Beschreibung des Befundes von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, an welchen nichts gefunden wurde, was als Andeutung von Haaren aufzufassen wäre. Eine Tafel mit sehr guten farbigen Abbildungen illustrirt den makroskopischen und mikroskopischen Befund. SEIFERT.

78) **Delbanco** (Hamburg). **Ueber die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIX. 3. 1899.*

In seiner Notiz zum vorstehenden Aufsatze bestätigt Delbanco nach unabhängig von Audry gemachten Untersuchungen diesen Befund von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut. SEIFERT.

79) **Delbanco. Ueber das Vorkommen versprengter Talgdrüsen in der Mundschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1899.*

Sie manifestiren sich als dicht gedrängt lagernde gelbe Körner, namentlich auf der Wangenschleimhaut und zwar an den den Zahnreihen entsprechenden Stellen.

Auch Audry in Toulouse fand dieselben. SCHECH.

80) **Montgomery** u. **Hay** (California). **Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Dermat. Zeitschr. VI. Bd. 6. Heft. 1899.*

Nach den Untersuchungen von Montgomery und Hay dürfte das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut der Mundhöhle kaum zu den grossen Seltenheiten gehören. SEIFERT.

81) **Carl Röse. Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

Das beste bactericide Mittel ist 50 pCt. Alcohol (Franzbranntwein), mit dem aber wegen der Schmerzhaftigkeit, die er verursacht nicht gespült oder gegurgelt werden, sondern nur die Zahnbürste befeuchtet werden darf. In Einklang mit Buchner kommt dem Alcohol aber auch eine specifisch heilende Mischung zu, da er arterielle Fluxion hervorruft, unter deren Einfluss die venöse Stase des kranken Zahnfleisches allmählich verschwindet.

SCHECH.

82) **G. W. Griffiths. Eine seltene Abnormität des Mundes. (A rare abnormality of the mouth.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juli 1899.*

8 Monat-Kind, schrie nach der Geburt, aber konnte nicht schlucken. Das Zahnfleisch war vollständig mit einander und im hinteren Theile des Mundes auch mit der Wange verwachsen, so dass der Mund nicht geöffnet werden konnte. Nur die hintere Hälfte der Zunge war entwickelt. Der harte Gaumen zeigte eine breite Spalte. Es fehlte die hintere Nasenöffnung und die Uvula. Kein Zeichen von Syphilis. Das Kind starb an Erstickung.

ADOLPH BRONNER.

83) **Merx. Ueber einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

34jähriger neurasthenischer Mann mit Schlingbeschwerden und Sodbrennen, das wiederholt auftrat und nach wenigen Stunden verschwand. Die objectiven localen Erscheinungen im Halse zeigten das Bild einer beginnenden Phlegmone; später Quaddeln auf der Zunge, und nach Verschlucken einer Fischgräte Quaddeln im Kehlkopfe. Von Nutzen waren Bepinselungen mit 3—4 pCt. Höllensteinlösung und Bromkali.

SCHECH.

84) **W. Lissauer** (Berlin). **Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris.** *Deutsche med. Wochenschr. 31. 1899.*

Bei 50 mit Psoriasis behafteten Pat. fand L. 10 mal Leucoplacie der Mundschleimhaut von den schwersten Formen bis zur Epitheltrübung der Mundwinkel (Erb). Danach muss ein Zusammenhang beider Affectionen angenommen werden. Gegen ihre Identificirung spricht der verschiedenartige histiologische Befund: Bei der Leucoplacie sitzt der Process im Stratum granulosum (starke Vermehrung der Eleidinzellen mit consecutiver Abplattung des Granularkörpers); bei der Psoriasis ist eine vorwiegend die Papillarschicht betreffende entzündliche Veränderung vorhanden. Indessen glaubt Vf., dass die Psoriasis, eine zweifellos dyscrasische Störung, die Widerstandsfähigkeit der Mundschleimhaut herabsetzt, bei der eine auslösende Schädigung, in der Regel ist es das Tabakrauchen, die Leucoplacie hervorruft. Die Rolle der Psoriasis kann in andern Fällen eine andre Dyscrasie (Ichthyosis, besonders aber auch die Syphilis) übernehmen. — Therapeutisch empfiehlt Vf. neben Tabaksabstinenz Milchsäure 50 proc. (Joseph).

ZARNIKO.

85) **Schütz. Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen. (Leucoplakia oris in psoriasis and other dermatoses.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 15. Juli 1899.*

S. berichtet über 3 Fälle, einen 10jährigen Knaben und 2 junge Mädchen betreffend. Im allgemeinen ist das Leiden bei Kindern und Frauen selten.

EMIL MAYER.

86) **R. Pott. Die Mundfäule der Kinder und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1899.*

P. fasst den Begriff Mundfäule weiter und versteht darunter Fälle von ausgesprochener Stomatitis; ausgenommen davon sind die Schleimhautexantheme der Mundhöhle, die diphtheritischen, pseudodiphtheritischen Beläge der Geschwüre, sowie die Syphilis und Hydrargyrose. Läsionen der Mundhöhle, Substanzverluste des Epithels durch Lutschbeutel, Zersetzungsvorgänge, spielen eine ätiologisch sehr wichtige Rolle. Die sporadisch auftretenden Fälle von Stomatitis aphthosa ulcerosa sind primäre Localerkrankungen. Auch der Genuss roher oder ungenügend gekochter Milch von maul- und klauenseuchekranken Thieren kann eine Stomatitis aphthosa herbeiführen, doch giebt es auch sicher Fälle, wo diese Aetiologie auszuschliessen ist.

SCHECH.

87) **M. Sachs** (Wien). **Demonstration eines Pemphigus.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

Die Erkrankung erstreckte sich auf die Conjunctiva sowie auf die Rachen- und Mundhöhlenschleimhaut; während erstere nunmehr geheilt ist, besteht letztere Affection noch fort und ist es infolge Schrumpfung der Schleimhaut schon zu Kiefersperre gekommen.

CHIARI.

88) **Netter** (Paris). **Der Scorbut der kleinen Kinder. (Le scorbut infantile.)** *Semaine médicale. 22. Februar 1899.*

Man beobachtet öfters bei kleinen Kindern einen Zustand allgemeiner Abgeschlagenheit und Anämie begleitet von Schwellung und Blutung des Zahnfleisches. Derselbe erinnert vollständig an den Scorbut der Erwachsenen und hat auch dieselbe Ursache: den Mangel an frischer Nahrung, den Gebrauch gekochter und sterilisirter Milch. Diese Krankheit kommt wesentlich sporadisch vor und wird öfter in den wohlhabenden Klassen beobachtet. Kinder, die mit frischer Milch genährt werden, können nicht an Scorbut erkranken. In dieser Thatsache liegt auch das Mittel, die Affection zu vermeiden und, wo sie bereits besteht, zu heilen.

PAUL RAUGÉ.

89) **Facdonel. Der Scorbut. (Du scorbut.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Der Vf. nimmt an, dass der Scorbut eine parasitäre Krankheit ist, verursacht durch das Eindringen eines normaler Weise in der Mundhöhle vorkommenden Microorganismus in das Zahnfleisch. Der Krankheitsprocess beschränkt sich nicht auf die localen Veränderungen, sondern es kommt auch zu Störungen in der Blutzusammensetzung, die sich durch Verminderung der weissen und rothen Blutkörperchen, sowie des Hämoglobins äussern.

PAUL RAUGÉ.

90) **L. Leclercq. Differentialdiagnose der Kinderstomatiten und ihre Behandlung. (Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement.)** *La Clinique. No. 34. 1899.*

L. theilt die Stromatiten ein in 1. oberflächliche nicht ulcerirende Stomatiten (Soor, exfoliative und erythematöse Stomatiten) und 2. tiefe, ulceröse Stomatiten (Noma, ulceromembranöse Stomatitis, Herpes, Aphthen u. s. w.). Daran knüpft er therapeutische Bemerkungen. BAYER.

91) **Beco. Ueber die diphtheroide Kinderstomatitis. (Sur la stomatite diphtéroide infantile.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 2. 1899.*

Im Verlaufe von einigen Monaten kamen in der Klinik von Prof. Masius 13 Fällen von diphtheroider Stomatitis zur Beobachtung; dieselbe stellt sich als eine essentiell discrete Localaffection derMundschleimhaut dar, deren hauptsächlichster Sitz die Mitte der Unterlippe, die Ränder und der Rücken der Zunge und seltener das Zahnfleisch ist. Sie präsentirt sich als eine über das Schleimhautniveau hervorspringende Plaque von der Grösse eines Stecknadelknopfs bis zu der eines 1 Centimeterstückes. Die Farbe ist gelblich, grauweiss; die Oberfläche glatt, manchmal ungleich, reticulirt; der Contur gewöhnlich oval manchmal circulär, die Affection ist wenig schmerzhaft; leichte Drüsenanschwellung; manchmal vermehrter Speichelfluss, selten säuerlicher fötider Geruch. Dauer 8—14 Tage. Sie ist zweifelsohne parasitärer Natur (hauptsächlich Staphylococc. aureus aber auch Streptococcus). Mittheilung mehrerer Fälle. BAYER.

92) **V. Pagliano** und **L. Francois** (Marseille). **Purpura infectiosa im Verlauf einer ulcerös-membranösen Stomatitis. (Purpura infectieux au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Presse médicale. 26. April 1899.*

Der Fall ist ein seltener, da im allgemeinen die ulcerös-membranöse Stomatitis von generellen Complicationen frei ist. Die bacteriologische Untersuchung ergab Stäbchen, die keine Diphtheriebacillen waren, von denen aber wenig Positives gesagt wird. PAUL RAUGÉ.

93) **Weil. Ausgedehnte Ulceration des Mundes, Pharynx und Larynx. (Extensive ulceration of the mouth pharynx and larynx.)** *Pediatrics. Juli 1899.*

Vf. diagnosticirt in seinem Falle das Nebeneinanderbestehen einer alten, langsam vorschreitenden Tuberculose und einer frischen ulcerösen Stomatitis.

EMIL MAYER.

94) **Robert Kirk. Neuritische Geschwüre des Mundes. (Neuritic ulcers of the mouth.)** *Brit. Med. Journal. 20. März 1899.*

K. bringt diese Geschwüre in Zusammenhang mit einer perversen oder unzureichenden Function der Thyroidea. ADOLPH BRONNER.

95) **W. K. Sibley. Neurotische Geschwüre des Mundes. (Neurotic ulcers of the mouth.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899.*

S. beschreibt 3 Fälle. Eine 74jährige Wittwe mit schmerzhaften Geschwüren auf der Zunge, dem Zahnfleisch und der Backenschleimhaut, die seit 24 Jahren in

gewissen Intervallen auftreten; während der letzten 15 Jahre halten die Attacken länger an, manchmal Monate lang. Dann eine 50jährige unverheirathete Person, die an recidivirenden Geschwüren im Munde leidet, so lange sie zurückdenken kann. Schliesslich eine 64jährige Wittwe, die das Leiden seit 3 Jahren hat, der Störung liegt in erster Linie ein nervöses Moment zu Grunde. Die Allgemeinbehandlung ist deshalb besonders wichtig. S. zieht den Gebirgsaufenthalt dem an der See vor. Local empfiehlt er Jodtinctur oder Cocain und Borax. Abends ist öfters Opium erforderlich.

ADOLPH BRONNER.

96) **Redact. Notiz. Tabes mit Cancrum oris als letaler Complication. (Locomotor ataxia with cancrum oris as a fatal complication.)** *Journ. of the Am. Med. Assoc. 22. Juli 1899.*

Aussehen, Verlauf und Ausgang kennzeichnen das Cancrum oris als einen infectiösen Process von grosser Virulenz. Es wird fast stets letal und tritt am gewöhnlichsten zu exanthematischen Krankheiten bei geschwächten Kindern hinzu. In einem Falle von Tabes mit Cancrum oris ergab die Section ein Uebergreifen des gangränösen Processes von der Wange durch den Schädel auf die Hirnbasis.

EMIL MAYER.

97) **Berthier. Ueber einen Fall von perforirendem Mundübel. (Sur un cas de mal perforant buccal.)** *La Policlinique. No. 6. 1899.*

Der Ausdruck „perforirendes Mundübel", „mal perforant buccal" stammt von Fournier her, und bezeichnet eine sehr seltene Affection, welche charakterisirt ist durch einen ulcerativen Process ähnlich dem an der Fusssohle, weshalb Baudet, der einige Beobachtungen davon gemacht und veröffentlicht hat, denselben einem trophoneurotischen Ursprung zuschreibt. Die Symptome sind kurz folgende: Ausfallen der Zähne verbunden mit neuralgischen Schmerzen, ja einem vollständigen Tic douloureux; Resorption des Proc. alveol. und Perforation des Kiefers bis zu der Ausdehnung, dass man den Medius einführen kann; der die Perforation begrenzende Knochen ist nicht cariös; die Perforationsöffnung führt in den Sinus; Flüssigkeiten kommen zur Nase heraus und solide Speisen condensiren sich im Sinus zu einer soliden Masse.

Bei Tabes trifft man als Complication die progressive Resorption des Kiefers und vollständiges Ausfallen der Zähne an. Man bringt daher das „perforirende Mundübel" in ätiologischen Zusammenhang mit der Tabes, obgleich diese Hypothese bis jetzt durch keine Autopsie bekräftigt worden ist.

Ob Kranke, die zur Zeit des Uebels noch keine Tabetiker sind, es später werden?

Zum Schluss Mittheilung eines einschlägigen Falles von ovulärer Perforation des rechten Alveolarfortsatzes im Niveau des 1. grossen Backenzahns von der Grösse: 1,5 cm Länge auf 1 cm Breite, so dass man leicht in die hintere Nasenhöhle eindringen kann; betrifft eine Frau von 58 Jahren.

BAYER.

98) **Lestage. Das Enanthem in Mund und Rachen im primären Stadium der Syphilis. (De l'énanthème bucco-pharyngé à la période primaire de la syphilis.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Vf. bemerkte öfters, gleichzeitig mit dem primären Schanker und zu gleicher

Zeit wie die Induration entstehend, ein Enanthem, das flüchtig, in etwa 10 Tagen vergehend, sich an der unteren und vorderen Partie des Gaumensegels, an den Mandeln und im Rachen localisirt. Von Schwellung der Halsdrüsen ist dasselbe nicht begleitet.

E. J. MOURE.

99) **Leguen** (Paris). **Syphilis der Mundhöhle und des Gesichts. (De la syphilis bucco-faciale.)** *Indépendance médicale. 8. März 1899.*

L. bespricht in einem klinischen Vortrag

1. den Schanker der Mandel, der durch den andauernden Schmerz und die Drüsenschwellung charakterisirt ist. Er kommt vor in a) erosiver, b) ulceröser, c) anginöser und d) diphtheroider Form;

2. die Syphilis der Lippen: a) scleröse, b) gummöse Form;

3. die Syphilis der Zunge, deren klassische Formen die a) gummöse und b) scleröse Glossitis sind.

Zum Schluss erwähnt L. die Erscheinungen der Syphilis im Pharynx.

PAUL RAUGÉ.

100) **Lewis S. Somers. Späte Folgezustände von Syphilis im Mund-Rachen. (Late consecutive oro-pharyngeal syphilis.)** *International Medical Magazine. Juli 1899.*

Wenn das frühere Bestehen von Syphilis geleugnet wird und alle Erscheinungen dieser Krankheit auch längst verschwunden sind, so zeigen oft noch Veränderungen im Mundrachen und besonders an der Zunge an, dass die Krankheit vorhanden war. Ein Studium dieser Partien ermöglicht öfters das Verständniss dunkler Symptome, deren Bedeutung auf andere Weise nicht erkannt werden würde.

EMIL MAYER.

101) **Göppert** (Breslau). **Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

20 Fälle schwerer Munderkrankung kamen zur Beobachtung, von welchen 15 mit Aneson, 5 mit Orthoform behandelt wurden. Aneson wird 15 Minuten vor dem Essen vermittelst eines kleinen Wattepinsels vorsichtig ohne Reiben auf die Schleimhaut aufgepinselt, nach 5 Minuten ein zweites Mal. Es ist zu empfehlen, das erste Mal etwa 8—10 g zu verwenden, um dem Kinde vollständige Schmerzlosigkeit zu verschaffen. 5—10 Minuten nach der letzten Pinselung wird das Essen gereicht. Bei Stomat. ulcerosa legt man ausserdem mit Aneson getränkte Wattebäusche in das Vestibulum oris.

Orthoform blase man 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit ein mit Hülfe eines Pulverbläsers.

SEIFERT.

102) **Rocha** (Vetschau). **Ueber Dermoide des Mundbodens.** Dissertation. Halle 1898.

Bericht über 2 Fälle aus der Klinik von Bramann. Im ersten handelte es sich um einen 22jährigen Mann, welcher seit zwei Jahren unter der Zunge eine Geschwulst bemerkte, im zweiten um einen 38jährigen Mann, der seit seiner Kindheit eine Geschwulst unter der Zunge gehabt haben will. Der Inhalt der Cysten

bestand in beiden Fällen aus einer weisslich-gelben, käsigen, schmierigen Masse, der als Product der Cystenwand sich zusammensetzte aus verhornten und verfetteten Epithelien und dem Zerfallsproducte, sowie aus dem von den Talgdrüsen secernirten Talg. Im Inhalt der zweiten Cyste fanden sich auch kurze, dünne Härchen. Therapie: Excision der Cysten. SEIFERT.

103) **Weinstein** (Mohilew-Podolsk). **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des menschlichen Mundspeichels für die Verdauung im Magen, insbesondere des Brotes.** Dissert. Würzburg 1899.

Die unter Leitung von Joh. Müller angefertigte fleissige Arbeit enthält Untersuchungen über die amylolytische Wirkung des Ptyalins. SEIFERT.

104) **Lefas. Veränderung der Speicheldrüsen bei einem Diabetiker. (Lésion des glandes salivaires chez un diabetique.)*** *Société de Biologie. 28. Januar 1899.*

L. constatirte eine acinöse und periacinöse Sclerose in den Speicheldrüsen mit Verdickung der Gefässwände. Er wirft die Frage auf, ob dieser Process der diabetischen Nierenaffection analog ist, oder ob es sich um eine accidentelle Infection handelt. PAUL RAUGÉ.

105) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber das Katheterisiren des Ductus Whartonianus. (Over catheteriseeren van den duct. Whart.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 449. 1899.*

Bei einer Dame, die an eitriger Entzündung der linken Glandula submaxillaris litt, gelang es G., den Ductus zu katheterisiren. In den Ductus hinein injicirte Jodoformemulsion sah er unter der Zungenspitze aus der Schleimhaut hervortreten, offenbar auf dem Weg des Ductus Bartholini und der Ductus Rivini.

H. BURGER.

106) **Krohn** (Magdeburg). **Ueber Geschwülste der submaxillaren Speicheldrüse.** Dissertat. Halle 1899.

In 3 Fällen handelte es sich um Speichelsteine, welche einen chronisch entzündlichen Zustand der Hyperplasie bewirkt hatten, im 4. Falle war die Ursache des Entzündungsprocesses nicht nachweisbar. Krohn bespricht die ganze Pathologie der gutartigen Speicheldrüsengeschwulst sehr ausführlich. Im Anschluss daran berichtet er noch über 2 Fälle von Sarcom und 1 Fall von Carcinom der submaxillaren Speicheldrüse. SEIFERT.

107) **Mintz** (Moskau). **Glandula sublingualis und Ranula.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 51. Bd. 1. 2. 1899.*

M. hat eine von Sokoloff mitsammt der Glandula sublingualis entfernte Ranula einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen. In den Ergebnissen seines Befundes sieht er neben der Bestätigung der Theorie von der Entstehung der Ranulacyste aus der Glandula sublingualis eine weitere Stütze der v. Hippel'schen Interpretation der primären Cystenbildung aus den kleinen Ausführungsgängen der Drüse. Ergiebt sich aus dem pathologisch-anatomischen

Befunde einerseits die logische Forderung, die Gl. sublingualis als den primären Erkrankungsherd in Fällen von klassischer Ranula mit zu entfernen, so ist andererseits der von Hippel empfohlene submentale Weg zwischen Mylohyoideus und Biventer als der bequemere zu empfehlen.

SEIFERT.

108) **Safrantini. Pilocarpin in der Behandlung der Ranula. (Pilocarpin in the treatment of ranula.)** *Phila. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Verf. gab dem Patienten, der eine Ranula von erheblichen Dimensionen hatte, 0,01 Pilocarpin subcutan in der Absicht, die Cyste durch den Speichel aufs Aeusserste auszudehnen und dadurch die Verstopfung des Ausführungsganges zu überwinden. In der That trat eine geringe Abnahme der Geschwulst und nach einer zweiten Injection vollständige Heilung ein.

EMIL MAYER.

109) **Lublinski. Verdoppelung des Lig. glossoepigl. medium.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Der Titel besagt Alles.

SCHECH.

110) **Danlos. Tertiäre Glossitis. (Glossite tertiaire.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligr. 12. Januar 1899.*

Die Glossitis wurde in unregelmässiger Weise seit 3 Jahren behandelt. Die klassische Therapie mit Jod und Quecksilbereinreibung hatte keinen Erfolg gehabt. D. machte Calomelinjectionen (zur Vermeidung von Verstopfung muss die Canüle stark sein; der Orthoformzusatz dient zur Verringerung des Schmerzes); er gab in der Spritze 1 ccm von folgender Lösung:

Ol. Vaselin	10,0
Calomel	0,5
Orthoform	0,8.

Von der ersten Injection an war eine Besserung bemerkbar; bei der 5. Injection war die Heilung complet.

PAUL RAUGÉ

111) **C. Chauveau. Laterale papilläre Glossodynie. (Glossodynie laterale papillaire.)** *Journ. des Praticiens. November 1899.*

Die Glossodynie kann, wofern sie nicht centralen Ursprungs ist, durch Erkrankung der Zähne, des Pharynx und in einzelnen Fällen durch einfache Hypertrophie mit Entzündung der Papillen verursacht werden. Man findet dann eine oder mehrere Papillen entzündet und geschwollen. Die Berührung derselben ist schmerzhaft, und diese lateralen Schmerzen strahlen in die benachbarten Regionen aus. Auf diese Form der Glossodynie machte nur Albert (Wiener medic. Presse, Januar 1885) aufmerksam. Sie ist bei Frauen häufiger als bei Männern und hat einen langsamen, aber progressiven Verlauf. Die schmerzhaften Sensationen arten nach und nach in echte Neuralgien aus. Speichelfluss fehlt gewöhnlich. In den 7 publicirten Fällen konnte Verf. durch galvanokaustische Zerstörung der hypertrophischen und entzündeten Papillen die Schmerzen coupiren.

A. CARTAZ.

112) **Rammstedt. Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1899.*

Auf der chirurgischen Klinik zu Halle wurde ein 28jähriger polnischer Arbeiter aufgenommen mit einem Milzbrandcarbunkel an der unteren Fläche der Zunge, die sich in Markstückgrösse schwarzbraun brandig erwies und auf den Mundboden übergriff. Gesicht und Hals ödematös, in den brandigen Stellen Milzbrandbacillen. Die Behandlung bestand in Bettruhe, Eisstücken, Spülung des Mundes mit essigsaurer Thonerde, Eiscravatte um den Hals, kräftiger Diät und Excitantien; es trat völlige Heilung ein. R. verwirft jeden chirurgischen Eingriff bei Milzbrandcarbunkel, um die Invasion der Blutbahnen mit Bacillen zu vermeiden.

SCHECH.

113) **Pellizzari. Gummata der Zunge. (Gomme della lingua.)** *Acad. Medico-Fisica Fiorentina. 28. Februar 1898.*

Es handelt sich um ein 60jähr. Individuum, das, mit der Diagnose „Zungencarcinom“ ins Hospital geschickt, auf der Zungenbasis drei unter der unversehrten Schleimhaut liegende, nussgrosse Tumoren zeigte, von denen der eine im Centrum zu erweichen begann. Autor stellte, obwohl die Anamnese völlig negativ war, ausser einigen Hautnarben auch nichts für etwa bestandene Syphilis Sprechende auffindbar war, die Diagnose auf Gummata, und eine sofort eingeleitete sehr milde Hg-Cur zeigte bald die Richtigkeit derselben, indem die Tumoren sich rapid verkleinerten.

FINDER.

114) **Henri Malherbe. Zungentuberculide. (Tuberculides linguales.)** *Gaz. méd. Nantes. 8. Juli 1899.*

Bei einem 32jährigen, früher stets gesunden Matrosen, der nie luetisch inficirt gewesen, fand sich eine seit 5 Jahren bestehende exacerbirende und remittirende eigenartige Affection der Zunge. Die beiden vorderen Drittel derselben sind glatt und glänzend, die Papillen scheinen ganz zu fehlen und man sieht statt ihrer eine Anzahl kleiner, röthlicher Papeln, die von einer dunkelgelb aussehenden Blase überragt und von einem erythematösen Hof umgeben werden. Die Papeln sind erbsengross, enthalten eitrig-seröse Flüssigkeit und hinterlassen beim Oeffnen eine hellrothe Ulcerationsfläche, die bis jetzt ohne Narbenbildung heilte. Verf. hat vergebens im Eiter irgend welche besonderen Erreger gesucht, trotzdem nimmt er auf Grund des Vorhandenseins ähnlicher Papeln auf der Hand an, dass es sich um eine Abart des Tuberculids handelt.

A. CARTAZ.

115) **Djatschenko. Ein seltener Fall von Angioma cavernosum der Zunge. (Retki slutsshai Ang. cav.)** *Eshenedelnik. No. 14. 1899.*

Die Zunge, welche die Grösse der Hand erreichte, wurde mehrfach geknickt in der Mundhöhle placirt.

P. HELLAT.

116) **Guilio Martuscelli. Fibroma pendulum der Zunge. (Fibroma peduncolato [polipo fibroso] della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1898.*

Es handelt sich um einen gestielten, auf dem Zungenrücken, dicht vor den

Papillae circumvallatae sitzenden Tumor, der, aus einer von einem Biss herrührenden Narbe entstanden, ursprünglich hanfkorngross war und zehn Jahre lang, ohne Beschwerden zu verursachen, bestanden hatte. Infolge plötzlichen Wachsthums erreichte er in kurzer Zeit die Grösse einer Nuss und wurde mit der Scheere entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrom handelte, bei dem stellenweise hyaline Degeneration der Gefässwandungen und der Bindegewebsfasern sich nachweisen liess. FINDER.

117) **C. E. Benjamins** (Leiden). **Eine Struma auf der Zungenwurzel. (Een struma op den wortel van de tong.)**

Ausführliche klinische und mikroskopische Beschreibung des Falles von Schilddrüse der Zungenbasis, den Reintjis 1898 in der Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde demonstrirt hat (vergl. Monatschr. f. Ohrenh. 1898. No. 9). Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus Thyreoidea-Gewebe bestand, das sich aber in mancher Hinsicht von der Norm unterschied, und wählt er deshalb die Bezeichnung Struma parenchymatosa. In Bezug auf die Entwicklung der Zungenschilddrüse acceptirt B. die Erklärung Chamisso's.

Zwei weitere Fälle sind in Holland wahrgenommen worden, einer von Narath in Utrecht, der andere von Posthumus Meyjes (vergl. Niederl. Gesellsch. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 1899). H. BURGER.

118) **Pairier. Bösartiger specifischer Zungentumor. (Tumeurs maligue et spécifique de la langue.)** *Annales de la Société Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1899.*

In der Sitzung vom April 1899 stellt P. zwei Kranke mit ulcerirten Zungentumoren vor, von denen der eine der tertiären Syphilis angehört, bei dem andern handelt es sich um ein Epitheliom. BAYER.

119) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ein Fall von gestieltem Sarcom der Zunge und dessen Abtragung mittelst galvanokaustischer Schlinge.** *Allg. Wiener medic. Zeitung. No. 5. 1899.*

Es handelte sich um ein Angiosarcom. Mittheilung in der Société de Lar. et de Rhinol. de Paris am 11. November 1898. CHIARI.

120) **Dörner** (Serajevo). **Ein Fall von Zungensarcom.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Es handelte sich um ein Sarcoma fusocellulare linguae bei einem 40jährigen Manne. Der hühnereigrosse Tumor nahm die linke Zungenhälfte ein, war sehr derb und wenig ulcerirt. Abtragung ohne nennenswerthe Blutung, da vorher die Arteria lingualis sinistra unterbunden wurde. CHIARI.

121) **Melchior Robert. Zungensarcom. (Sarcoma of tongue.)** *Philad. Medical Journal. Juli 1899.*

Bericht über einen Fall mit Recidiv nach der Operation. EMIL MAYER.

122) **Goris. Ueber die Zungenexstirpation. (De l'extirpation de la langue.)** *La Presse Méd. Belge. No. 28. 1899.*

Vorstellung eines 70jährigen Mannes, bei welchem G. vor 13 Monaten die Totalexstirpation der Zunge wegen Krebs vorgenommen hatte. Derselbe hatte das ganze Centrum der Zunge eingenommen und war in die Muskeln eingedrungen. Exstirpation ohne vorhergehende Unterbindung der Arterien; Section des Unterkiefers in der Mittellinie.

Bei einem zweiten Fall von Carcinom des linken Zungenrandes mit Infection der Unterkieferdrüsen holte er zuerst die Lymphdrüsen heraus, spaltete dann den Kiefer und exstirpirte die Hälfte der Zunge, diese hinten, innen und vorne umschneidend; dann verfolgte er die Lymphdrüsen bis zu ihrer Verbindung mit den Drüsen und entfernte so Alles in einem zusammenhängenden Stück. BAYER.

123) **Ricci Carlo Alberto. Ueber lacunäre Angina der Zungentonsille. (Sulla tonsillite linguale lacunare a ritenzione.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Juli 1898.*

Die „lacunäre Retentionsangina der Zungentonsille", gekennzeichnet durch das Vorhandensein graugelber, leicht ausdrückbarer Pfröpfe in den Lacunen der Zungentonsille, verläuft in den meisten Fällen ohne jede subjectiven Symptome. Sie ist nach dem Autor so häufig, dass er sie in 3pCt. aller von ihm untersuchten Fälle gefunden hat. Bisweilen können von den Lacunen Entzündungsprocesse ihren Ausgang nehmen, die sich über das ganze Organ ausbreiten. Bei mikroskopischer Betrachtung erweisen sich die Pfropfen bestehend aus veränderten Epithelzellen, Leucocyten, Leptothrixfäden und zahlreichen Kokken. FINDER.

124) **Goldschmidt** (Breslau). **Ueber die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis.** *Berliner klin. Wochenschr. 43. 1899.*

An 200 Syphiliskranken (94 männlichen, 106 weiblichen; 57 tertiär-, 3 congenital Spätluetischen) versucht Verf. die Frage zu beantworten: Ist die glatte Atrophie des Zungengrundes ein pathognomonisches Zeichen für Lues (Virchow, Lewin und Heller)? Er kommt in Uebereinstimmung mit Mraceck, Sandmann, Michael, Schoetz, Seifert zu dem Resultat, dass dies nicht der Fall ist.

Im Anschluss an die Verhältnisse des Zungengrundes berichtet Verf. noch über einige sonstige Manifestationen der Lues, die er an den oberen Luftwegen seiner Kranken beobachtet hat. Roseola laryngis unsicher in 2 Fällen. 16mal Pharyngitis, 15mal Laryngitis, 2mal secundäre, 7mal tertiäre Infiltrate im Larynx, 3mal Pusteln in der Gegend der Aryknorpel. ZARNIKO.

125) **Prota u. Martuscelli. Sarcom der Zungentonsille. (Sarcoma della tonsilla linguale.)** *Archiv. Ital. di Laring. Naples. Juli 1898.*

Die Verff. berichten über ihre klinischen und histologischen Untersuchungen eines dieser seltenen Krankheitsfälle. Pat. starb in einem anderen Hospital, und die Verff. konnten nur den Larynx, die Zunge und Submaxillardrüse erhalten. Nach einer Würdigung der Fälle von Albert, Max Scheier, Butlin, Browne u. A. kommen sie zu folgenden Schlüssen:

1. Sarcome der Zungentonsille haben fast immer den Bau der Zungentonsille.

2. Sie ähneln den Tumoren der Lymphdrüsen und sind Lymphosarcome.

3. Sie entspringen selten von den Schleimdrüsen, wie in Godlee's Fall.

4. In den meisten Fällen ist die histologische Untersuchung für die Diagnose unzulänglich.

5. In den vorgeschrittenen Fällen ist die Radicaloperation contraindicirt und die Tracheotomie nur dann gerechtfertigt, wenn die Dyspnoe einen bedrohlichen Charakter annimmt. Falls die Nahrungsaufnahme durch Unbeweglichkeit der Zunge behindert wird, muss zur Schlundsonde gegriffen werden.

JAMES DONELAN.

d. Diphtheritis und Croup.

126) **Bigot. Bacteriologische Diagnose der Diphtherie. (Diagnostic bactériologique de la diphthérie.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Es giebt bekanntlich zwei Methoden, die den klinischen Nachweis der Diphtheriebacillen gestatten:

1. Durch einfache Untersuchung der auf Objectträgern ausgestrichenen Pseudomembranen.
2. Durch Culturen.

B. giebt den Vorzug der ersten Methode, die einfach und schnell zum Ziele führt und im Allgemeinen eine sichere Diagnose zu stellen erlaubt. In zweifelhaften Fällen sollte man sie jedoch durch das culturelle Verfahren controliren und ergänzen.

PAUL RAUGÉ.

127) **G. Virgin** (Upsala). **Die bacteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Den bakteriologiska diagnosen af difteri.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Juli 1899.*

Ein Uebersichtsartikel.

SCHMIEGELOW.

128) **G. Salus. Die bacteriologische Diphtheriediagnose in der Hauspraxis.** *Prager med. Wochenschr. No. 35. 1899.*

S. empfiehlt dringend in allen Fällen die bakteriologische Untersuchung auch in der Hauspraxis, da dieselbe leicht in einigen Stunden die Diagnose sicherstellt.

CHIARI.

129) **Vuilleumier** (Lausanne). **Ueber die klinische und bacteriologische Diagnostik am Kantonsspital zu Lausanne. (Note sur le diagnostic clinique et bactériologique de la diphthérie à l'hôpital cantonal de Lausanne.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 4. 1899.*

Ziemlich eingehende Bearbeitung von 120 genau beobachteten klinischen Fällen. Nach Verf. bleibt die klinische Diagnose noch immer unsicher, da es Fälle giebt, welche alle klinischen Symptome aber keine Löffler-Bacillen aufweisen. Vom diagnostischen Werth des Eiweiss im Urin spricht Verf. nicht.

Ganz schlimm steht es mit der bacteriologischen Diagnose und Verf. hat vollkommen recht, wenn er sagt, dass man auf den Befund von echten Bacillen hin bei weitem nicht immer auf Diphtherie erkennen dürfen, sondern nur dann, wenn die klinischen Symptome den Befund unterstützen. Sehr oft seien auch bei Anginen die Löffler-Bacillen nur Begleiter. — Die höchsten Fiebergrade beobachtete Verf. bei reichlicher Combination von Löffler-Bacillen mit den Staphylococcen. Die oft aufgestellte Behauptung, dass Diphtheritis echt sei, wenn das Exsudat über die Tonsillen hinaus auf andere Theile des Rachens verbreitet sei, widerlegt sich durch fünf der beschriebenen klinisch sehr ausgeprägten Fälle. Dagegen wurden bei Verbreitung der Membranen auf den Kehlkopf in den 13 Croupfällen ausnahmslos Löffler-Bacillen gefunden.

Am Schluss theilt Verf. zwei Fälle mit, welche den kurzen Löffler in ein sehr zweifelhaftes Licht setzen. Ein Fräulein dem man wegen Ozaena 32 Injectionen von 5 ccm Serum (zu x? AE) gemacht hatte, bekam am Ende dieser Kur eine Angina mit Belag und echten kurzen Löffler-Bacillen. Von dieser Patientin wurde ein anderes Mädchen inficirt, welches ebenfalls viele kurze Löffler aufwies aber ohne Injection von Serum eine ganz leichte Angina durchmachte.

Demnach scheine der kurze Bacillus Löffler für Diphtherie kaum ätiologisch zu sein. Andrerseits sah Verf. gerade bei einigen schweren Fällen hauptsächlich kurze Löffler. Er hebt sogar hervor, dass die langen, mittlern und kurzen Arten klinisch nicht wesentlich verschiedene Wirkung zu haben scheinen. In den meisten bezüglichen Fragen also noch volle Confusion. Daher muss man dem Verf. Recht geben, wenn er die klinische Diagnose als die Hauptdiagnostik, die bacteriologische nur als eine ergänzende charakterisirt.

JONQUIÈRE.

130) **Deguy. Haematemesis bei Diphtherie. (Hématémèse dans la diphthérie.)** *Société anatomique. Juli 1899.*

In einem mit Hämatemesis complicirten Falle schwerer Diphtherie bei einem Kinde, das auf der Abtheilung von Sevestre zur Section kam, fand man die Magenschleimhaut mit kleinen purpuraähnlichen Flecken besät. Da die histologische Untersuchung fehlt, bleibt es unentschieden, ob inmitten dieser Petechien kleine Ulcerationen vorhanden waren.

PAUL RAUGÉ.

131) **Braun** u. **Thiry. Anurie bei Diphtherie. (Anuria in diphtheria.)** *Amer. Journ. of the Med. Sciences. August 1899.*

Im Anschluss an eine Antitoxin-Injection trat bei einem 6jährigen Kinde complete Anurie ein, die jedoch nicht dem Serum, sondern einer durch die Krankheit bedingten Nierenstörung zugeschrieben wird.

EMIL MAYER.

132) **Beverley Robinson. Ein interessanter Fall von membranöser Halsentzündung. (An interesting case of membranous sore throat.)** *N. Y. Med. Record. 2. September 1899.*

Die Cultur aus der Membran ergab keine Löffler'schen Bacillen, aber der Patient bekam Serum. Es kam schliesslich zur Heilung, nachdem er Albuminurie und Lähmung des weichen Gaumens gehabt hatte.

Das Serum soll in allen zweifelhaften Fällen gegeben werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **A. Plottier. Adenoide Vegetationen und Diphtherie. (Adenoid vegetations and diphtheria.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Bei 50 pCt. der an Diphtherie gestorbenen Kindern fand P. diphtheritische Beläge auf den adenoiden Geweben. Er glaubt, dass die pseudo-membranöse Adenoiditis die Ursache des Croups ist. Die gleiche Aetiologie nimmt er auch für die Fälle in Anspruch, bei denen die Pseudomembranen von den hinteren Gaumenbögen oder dem Oropharynx auszugehen scheinen. — Ob Adenoide vorhanden sind, sollte in jedem Falle mittelst vorderer oder hinterer Rhinoscopie oder mit dem Finger festgestellt werden. Für die Fingeruntersuchung ist ganz besonders zartes und schnelles Vorgehen geboten, damit Blutungen vermieden werden, welche den Eintritt der Toxine in das Blut erleichtern würden.

EMIL MAYER.

134) **L. A. Nippert. Diagnose und Therapie der Diphtheritis. (Diagnosis and therapeutics of diphtheria.)** *The Medical Dial. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

135) **Kassowitz** (Wien). **Kritisches über Diphtheriebacillen und Heilserum.** *Wiener med. Wochenschr. No. 38. 1899.*

Indem K. die Frage aufwirft, ob der Löffler'sche Bacillus dem Menschen wirklich gefährlich ist, führt er einige Daten gegen diese Annahme an.

CHIARI.

136) **Nedrigalow. Die Ursachen der Wirkungslosigkeit des Antidiphtherieserums bei Einführung desselben in den Magen oder das Rectum. (Pritschini nedeistwitelnosti protiwu diftirinoi siworotki pri tewedenii jeje w geludok ili prämuju kischku.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

Nedrigalow beweist durch Versuche, welche er an Meerschweinchen und anderen Thieren anstellte, dass das Antidiphtherieserum weder vom Magensaft, vom Pancreassecret, noch durch die Galle oder überhaupt im Leberkreislauf angegriffen wird. Die neutralisirenden Ursachen liegen nach N. entweder in den lebenden Darmepithelien oder in den Lymphdrüsensecreten oder endlich in beiden zusammen. Diesbezügliche Experimente hat Verf. jedoch nicht angestellt.

P. HELLAT.

137) **M. Schmidt. Die Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie im Rigaschen Stadtkrankenhause.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 38. 1899.*

Neben anderen führt S. zu Gunsten der Serumtherapie die absoluten Zahlen der letzten 9 Jahre vor und der 4 Jahre während der Serumtherapie an. Die Sterblichkeit verhält sich wie 53,9 : 25 und bei Tracheotomirten vor und während der Serumperiode wie 72,9 : 44,1.

P. HELLAT.

138) **Walker** (Solothurn). **Ueber Diphtherie.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 24. XII. 1899.*

315 Fälle im Kantonsspital Solothurn vom 1. Januar 1896 bis 15. August 1897.

Mortalität 15,8 pCt. Verf. hält die Therapiefrage noch nicht für abgeschlossen. Namentlich Kinder unter 1 Jahr gehen trotz rechtzeitiger (—?—) Anwendung des Serums auch in der Mehrzahl zu Grunde. Ca. 20 pCt. wurden tracheotomirt. Die Operirten zeigten 22,6 pCt. Heilung. Es wurde nur die Tracheotomia inferior gemacht, welche weniger Granulationswucherung zur Folge hat. Verf. sah eine Reihe perniciöser Fälle aus 2 Dörfern mit allgemeiner Sepsis, hochgradige Schwellung der Submaxillardrüse, Foetor ex ore, Verbreitung im Rachen mit oder ohne Betheiligung der Nase, des Rachens; niedrige Temperaturen; sicherer Exitus.

Bei den nicht septischen schlimmen Fällen sind die Bronchopneumonie und eine besondere Herzschwäche die schlimmsten Complicationen. Nachblutungen sind fast ausnahmslos tödtlich. Verf. ist Anhänger des Serum, von welchem er niemals schlimme Complicationen bekam. Vier Fälle bekamen Pemphigusausschlag.

JONQUIÈRE.

139) **Sigismondo Pascoletti. Der Heilwerth des Diphtherieserums. (Il valore curativo del siero antidifterico.)** *Gazzett. degli ospadeli e delle cliniche. 1. Oct. 1899.*

Von 200 Kindern, die während einer Diphtherie-Epidemie mit Seruminjectionen behandelt wurden, starben 6, davon 5 an Larynxstenose, 1 an Herzlähmung.

FINDER.

140) **J. M. Day** (Dublin). **Bericht über 100 Diphtherie-Fälle. (Diphtheria, analysis of one hundred cases.)** *Dub. Med. Journal. August 1899.*

Der Bericht umfasst 100 während des Jahrgangs 1898—1899 ins Hospital aufgenommene Diphtheriekranke. Obwohl diese Zahl nie zuvor erreicht wurde, war die Mortalität geringer denn je. 18 Fälle endeten letal. Das Antitoxin erwies sich als wirksamstes Mittel. Es kamen schwere und leichte Krankheitsbilder zur Beobachtung; beide Formen wechselten in den verschiedenen Jahreszeiten ab. In 67 Fällen beschränkte sich die Affection nur auf die Tonsillen; unter diesen verliefen zwei tödtlich. In 27 gesellte sich Nasendiphtherie hinzu; von diesen starben 10. Die übrigen 16 boten Larynxsymptome dar, hiervon gingen 6 zu Grunde. Zum Schluss wird auf die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Behandlung hingewiesen und über Fälle mit insidiösem Beginn der Krankheit bei scheinbar leichten Symptomen berichtet.

A. LOGAN TURNER.

141) **Samuel S. Adams. Die Resultate der Anwendung des Diphtherieserums zu Immunisirungszwecken. (The results in administering the antitoxine of diphtheria as an immunizing agent.)** *National Med. Review. Juli 1899.*

422 Personen erhielten Serum. Die Resultate wären nach Verf.'s Meinung besser gewesen, hätte man grössere Dosen gegeben. Je grösser die Immunisirungsdosis, um so länger hält auch die Immunität vor. Die zur Immunisirung erforderliche Dosis hat keine schädliche Wirkung auf die Niere. Urticaria kam in 2 Fällen vor; sonst wurde keinerlei pathologischer Effect der Injectionen beobachtet.

EMIL MAYER.

142) **W. J. Matson. Diphtheritis; mit einigen Bemerkungen über die moderne Serumtherapie. (Diphtheria with some notes on the modern serum therapy.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

143) **Redact. Notiz. Bösartige Diphtherie in Indianapolis. (Malignant diphtheria in Indianapolis.)** *Indiana Med. Journal. August 1899.*

Verf. tritt sehr energisch für die Anwendung des Antitoxins ein.

EMIL MAYER.

144) **W. S. Devine. Erfahrungen mit dem Serum. (Some experience in the use of antitoxine.)** *Medical Council. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

145) **P. H. Lyon. Diphtheritis. Die Serumbehandlung in der allgemeinen Praxis. (Diphtheria. The serum treatment in general practice.)** *Medical Review. 8. Juli 1899.*

Unter streng aseptischen Vorkehrungen injicire man etwa 1500 Immunitäts-Einheiten. Die Dosis des Serums ist natürlich nicht allgemein zu fixiren, sie kann auf 3000 J.-E. gesteigert und 3 mal wiederholt werden. Zur prophylactischen Immunisirung sind 500—1000 J.-E. nöthig.

EMIL MAYER.

146) **W. J. Chenoweth. Post hoc — propter hoc.** *Memphis Lancet. Juli 1899.*

Verf. meint, dass die Erfolge, die dem Heilserum nachgerühmt werden, nicht ganz auf seine Rechnung zu schreiben sind. Der diphtheritische Croup kann durch Serumanwendung verhütet, aber nicht geheilt werden.

EMIL MAYER.

147) **Louis Fischer. Trockenes Antitoxin. Eine klinische Studie über den Werth desselben bei der Diphtheriebehandlung. (Dry antitoxine. A clinical study of its value in diphtheria.)** *Pediatrics. 15. Juli 1899.*

F. hat das trockene Präparat in 5 Fällen mit Erfolg angewandt. Man muss die grösste Sorgfalt darauf verwenden, das feste Serum nicht zu verunreinigen, da es kein Antisepticum enthält, auch das sterilisirte kalte Wasser, in dem man es löst, muss vollständig rein sein.

EMIL MAYER.

148) **W. Dubrowo. Ueber 10 Tracheotomien. (Po powodu desjati tracheotomi.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Verf. erörtert die Frage, ob der Arzt ohne Erlaubniss der Eltern operiren darf.

P. HELLAT.

149) **Richmond Mc Kinney. Die Intubation des Kehlkopfs bei Larynxdiphtherie oder pseudomembranösem Croup. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria or pseudo-membranous croup.)** *Memphis Medical Monthly. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

150) **G. Ricard. Ueber forcirte Untersuchung des Larynx bei Kindern. (De l'examen forcé du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

Verf. erprobte die verschiedensten laryngoskopischen Methoden, welche bei jungen, ungeberdigen Kindern eine Larynxuntersuchung gestatten. Den Vorzug giebt er dem Escat'schen Verfahren, dem zufolge die Zunge mit einem Löffel bez. Spatel heruntergedrückt wird. Die Technik der Methode ist genau beschrieben.

A. CARTAZ.

151) **Betti Ugo Arturo. Ueber die Lage des Kehlkopfs zur Wirbelsäule beim Menschen. (Dei rapporti delle laringe colla colonna vertebrale nell'uomo.)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio etc. Januar 1899.*

An 100 Leichen ausgeführte Untersuchungen, deren Resultate in Form einer Tabelle veranschaulicht sind.

FINDER.

152) **Henke. Zur Morphologie der Epiglottis.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7 u. 8. 1899.*

Sehr fleissige, auf grosse Erfahrung gestützte Beschreibung aller sowohl nicht pathologischer, als auch pathologisch veränderter Formen der Epiglottis mit 2 Tafeln; die Arbeit muss wegen der vielen Details im Original gelesen werden.

SCHECH.

153) **G. Kobler** (Serajevo). **Die diagnostische Bedeutung der Epiglottis-Affection bei Abdominaltyphus.** *Wiener klin. Rundschau. No. 17. 1899. The Laryngoscope. Juli 1899.*

Beobachtung zweier Fälle. In beiden Fällen bestand starre Infiltration der Epiglottis mit tiefen Ulcerationen, die mit dichten weissen Narben heilten. — Abgesehen von dem differentialdiagnostischen Werth, ist auch vom prognostischen Standpunkte die Kenntniss dieser Affection zu verwerthen. So lange das Infiltrat der Epiglottis besteht, ist der ganze Typhusprocess noch auf der Höhe. — Auch solle man bei Narbenbildung an der Epiglottis jedenfalls auch nach überstandenem Typhus inquiriren, um sich eventuell vor der Annahme einer Lues zu schützen.

CHIARI.

154) **Rischawy** (Wien). **Ein Fall von vollständiger Verwachsung der Epiglottis mit dem Zungengrund durch luetische Narben, nebst einigen Bemerkungen über die Physiologie des Schluckaktes.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1899.*

Die Epiglottis wies keinen Substanzverlust auf, — der Schluckact ist erschwert, aber niemals erfolgt Fehlschlucken. — Diesbezügliche Literaturangaben.

CHIARI.

155) **Harmer** (Wien). **Narbige Verwachsung des Kehlkopfes.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 16. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1899.*

Patient wurde vor 19 Jahren wegen Croup tracheotomirt und blieb die

Canüle liegen. — Durch 16 Jahre keine ärztliche Behandlung und trat vollständige Verwachsung des Kehlkopfes (subchordal) ein. — Drainbehandlung nach Bruns. — Schornsteincanüle. — Nach ca. 8 Monaten konnte die Canüle entfernt werden, Larynx war frei, Trachealfistel wurde zum Verschluss gebracht. — Pat. geheilt.

CHIARI.

156) **Stoerk** (Wien). **Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik.** *Wiener med. Wochenschr. No. 1. 1899.*

Es bestand narbiger, vollständiger Verschluss des Larynx in der Ebene der Stimmbänder und von da abwärts in Folge jahrelangen Tragens der Trachealcanüle. — Anfangs Draindilatation nach theilweiser Excision der Narbenmassen. Später Einführung englischer Bougies, Aetzung der Granulationen, Einlegen einer Schornsteincanüle, gleichzeitig aber auch häufige Dilatation mit stärkeren Bougies. — Patient kann nunmehr auch durch die normalen Luftwege schon durch längere Zeit athmen und spricht mit normaler Stimme. Patient wurde auf eigenes Verlangen mit der Schornsteincanüle aus dem Spital entlassen.

CHIARI.

157) **S. von Stein** und **Kasparianz. Ein Fall von seltener bedeutender Stenose des Larynx und des oberen Theils der Luftröhre fast bis zur vollständigen Undurchgängigkeit. Laryngo-tracheofissur, Entfernung des Narbengewebes mit nachfolgender Erweiterung. Heilung. (Slutschai retkawo snatschitelnawo sushenia gortani i werchnei tschasti diehatelnawo gorla notschti do polnoi neprochodimosti, laringo-tracheofissura, udalenie rubzowoi tkani s poslevo watelnim rasschireniem wisdorowlenie.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 32. 1899.*

Die in der Ueberschrift ausführlich beschriebenen Veränderungen waren nach Variola vera entstanden. Die Neubildung von Narbengewebe wurde durch Tampons von Ferropyrin zurückgehalten. Nach 4monatlicher Behandlung war der oben beschriebene Erfolg erzielt.

P. HELLAT.

158) **Cheval. Angeborne und entzündliche Larynxstenosen. Tracheotomie und Intubation. (Sténoses du larynx de nature congénitale et inflammatoire. Trachéotomie et intubation.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33 et 34. 1899.*

Resumé der Arbeiten, welche im Jahre 1898 dieses Thema behandelt haben.

BAYER.

159) **Otto** (Dorpat). **Ueber einen Fall von chronischem Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege und der Conjunctiva bei vorhandenem Diaphragma des Kehlkopfes.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1899.*

Es handelte sich um eine Patientin, die seit 12 Jahren an Pemphigus der äusseren Haut und der Augen, sowie an einem Exanthem auf der Schleimhaut der oberen Luftwege litt. Sie war ertaubt, fast vollständig erblindet und konnte nur leise flüstern. Im Larynx hatte sich ein Diaphragma gebildet. Die Membran wurde incidirt und nach Schrötter nachträglich dilatirt. Der Pemphigus selbst aber liess sich durch kein Mittel beeinflussen.

P. HELLAT.

160) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Ueber Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 75. 1899.*

Fieberlose Patientin klagt seit 5 Tagen über linksseitige Halsschmerzen beim Schlingen. Der linke Aryknorpel ist etwas geschwollen, das linke Stimmband in der Mittellinie fixirt. Auf warme Inhalationen und Umschläge geht die Schwellung bis zum nächsten Tage stark zurück, die Unbeweglichkeit aber ist unverändert. Am selben Abend stellt sich Fieber ein, und es entwickelt sich ein typischer Gelenkrheumatismus, der mit Natrium salicylicum behandelt wird. Mit der Abschwellung der befallenen Gelenke kehrt auch die Beweglichkeit des Stimmbandes zurück.

Der Fall lehrt, dass das Cricoarytaenoidealgelenk als Theilerscheinung eines acuten Gelenkrheumatismus zuerst befallen sein kann; ferner, dass nicht nur periarthrale Schwellung allein, sondern die Erkrankung des Gelenkes selbst der Fixation des Stimmbandes zu Grunde liegen kann. F. KLEMPERER.

161) **H. Kraus. Perichondritis laryngea bei Scharlach.** Aus Prof. Ganghofner's Kinderklinik in Prag. *Prager medicin. Wochenschr. No. 29 u. 30. 1899.*

Es lag ein Larynxabscess vor, weswegen tracheotomirt werden musste, nachdem die Intubation nicht den gewünschten Erfolg hatte. — Entweder handelte es sich um einen bei Scarlatina vorkommenden metastatischen Abscess, oder es sind Entzündungserreger durch eine Continuitätstrennung im Larynx eingedrungen. Darüber gab auch die Obduction keinen Aufschluss. CHIARI.

162) **Kamnew. Ein Fall von Kehlkopffractur. (Slutschai preloma gortani.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

10jähr. Mädchen wird von einer Kuh mit den Hörnern gestossen. Der herbeigerufene Arzt constatirt Schmerzhaftigkeit und Hautemphysem am Halse. Nach $1^1/_2$ Stunden, ehe die Instrumente zur Tracheotomie herbeigeschafft waren, ist das Kind todt. Das Emphysem hatte sich rasch über den ganzen Körper verbreitet. Das Befühlen des Kehlkopfes ergab Crepitation und Dislocation der Schildknorpel.

P. HELLAT.

163) **Salvatore Saitta. Ein Fall von Fractur des Schildknorpels. (Un caso di frattura della cartilagine tiroide.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Juli 1899.*

Bei einer 67jährigen, während des Schlafes überfallenen und mit einer Hacke im Gesicht und am Hals schwer verwundeten Frau stellten sich einige Tage nach der Verletzung Erscheinungen von Kehlkopfstenose ein. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass das linke Taschenband in einen grossen, unregelmässig gestalteten Tumor umgewandelt war, der das Stimmband verdeckte. Eine nach 4 Tagen wiederholte Untersuchung zeigte ein zungenförmiges, mit ecchymosirter Schleimhaut bedecktes Gebilde, welches, in das Vestibulum laryngis hineinragend, sich bei der Inspiration in die Glottis senkte, dieselbe zum grössten Theile verlegend, bei dem Exspirium sich ein wenig hob. Es wurde die Diagnose auf Fractur der Schildknorpelplatte gestellt. Da die Tracheotomie verweigert wurde, ging Pat. unter Suffocationserscheinungen zu Grunde. Bei der gerichtlichen

Autopsie ergab sich in der That eine vom hinteren Rande bis fast zum Processus Adami reichende Fractur der linken Schildknorpelplatte, und zwar verlegte der bewegliche Theil der fracturirten Knorpelplatte das Glottislumen fast bis zur Hälfte.

FINDER.

164) **E. Ehrnrooth** (Finland). **Ein Fall von Fremdkörper im Larynx. (Ett fall af främmande kropp i Larynx.)** *Finska läkaresällsk. handl. B. 40. 1897.*

Ein 10 Monate altes Kind wurde wegen „Croup" in das Cpudum'sche Krankenhaus aufgenommen.

Bei der Obduction wurde eine Fischgräte (1,5 cm lang und 0,5 cm breit) unter dem linken Stimmbande gefunden, aber keine Spur von Croup.

SCHMIEGELOW.

165) **Marique. Exstirpation eines Fremdkörpers im Kehlkopf. (Extirpation d'un corps étranger du larynx.)** *La Clinique. No. 17. 1899.*

4jähriges Mädchen, angeblich wegen Croup tracheotomirt; Entfernung der Canüle, weil keine falschen Membranen sich vorfinden; sofort erneuter Erstickungsanfall und Wiedereinführen der Canüle. Versuch mit Intubation, wobei man auf einen Fremdkörper stösst; derselbe wird nun von der Trachcalwunde aus nach oben gestossen und herausbefördert. Er stellt sich als ein Stück einer metallenen Flaschenverschlusskapsel dar von der Grösse eines in der Mitte gespaltenen 10Centimesstücks, das zwischen den Stimmbändern eingekeilt festsass. Die Heilung liess nicht auf sich warten.

BAYER.

166) **Kiderlen** (Bonn). **Vier Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen.** Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn. 1899.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Nadel, die (nach der Röntgenphotographie) in den linken Bronchus gerathen war. Tracheotomie, Auswischen der Trachea mit einem Wattebausch, beim zweiten Auswaschen hing die Nadel an der Watte. Im zweiten Falle konnte der Fremdkörper (Zwetschenkern) nach der Tracheotomie nicht entfernt werden, Exitus durch Arrosion der Anonyma. Im dritten Falle gelang es nach der Tracheotomie die in der Trachea auf- und absteigende Bohne zu fassen und zu extrahiren. Den vierten Fall operirte K. selbst; es war einem Erwachsenen die abgebrochene Tracheotomiecanüle in die Trachea gerathen und konnte nur mit Mühe extrahirt werden (nach der Tracheotomie).

SEIFERT.

167) **Killian. Ueber die Leistungen der directen Bronchoskopie bei Fremdkörpern der Lunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1899.*

Mittheilung zweier Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. Der eine betraf einen 4jährigen Knaben, der eine Bohne aspirirt hatte, die sich nach der Tracheotomie noch fester in den rechten Bronchus einkeilte; dieselbe wurde unter Zuhülfenahme der Bronchoscopia inferior mit einem Haken entfernt. Der zweite Fall betrifft einen 9jährigen Knaben, dem ein Stück Birne in die Lunge gerathen war. Nach grossen Schwierigkeiten gelang die Einführung der Röhre und das Sehen eines Granulationshügels am Eingange in den rechten Mittellappenbronchus,

K. ging mit einem gebogenen Häkchen ein, um den hinter den Granulationen vermutheten Fremdkörper zu entfernen; es war aber keiner da, und Patient genas völlig. K. kommt zu dem Schluss, dass die Untersuchung in tiefer Narkose auszuführen und dass die untere Bronchoskopie ihre hauptsächlichsten Erfolge feiern wird bei frischen, die obere Bronchoskopie aber bei veralteten Fremdkörpern.

SCHECH.

168) **Comba** und **Simonetti** (Florenz). **Behandlung acuter Larynxstenosen bei Kindern.** *Wiener med. Blätter. No. 35, 36 u. 37. 1899.*

Statistisch-klinische Bemerkungen.

Es werden die Indicationen zur Vornahme der Intubation angegeben und wird betont, dass man doch in einigen Fällen die Tracheotomie nicht umgehen könne, sei es als primäre oder secundäre Operation.

CHIARI.

169) **Alfred Rundström** (Stockholm). **Ueber die Behandlung von chronischen Stenosen des Larynx und des oberen Theiles der Trachea. (Om behandlingen af kroniska stenoser i larynx och öfre delen af trakea.)** *Hygiea. 1899.*

Verf. giebt in seiner Arbeit eine sehr ausführliche Bearbeitung der Frage und stellt die bis jetzt publicirten Resultate statistisch zusammen.

Bolzenbehandlung (mittels der Schrötter'schen Bolzen): 20 Fälle. Behandlungsresultat: Normale Respiration 13 Fälle, Besserung 6, kein Resultat 1. Die Aetiologie dieser Fälle war: Syphilis 7, Typhus 8, Variola 2, Tuberculose 1, unbekannt 2 Fälle. In 50 pCt. handelte es sich um schwere cicatricielle Stricturen, meistens mit perichondritischen Processen verbunden.

Behandlung mitlels Schrötter's Larynxcatheter's: 28 Fälle. Resultat: Normale Respiration 20 Fälle, Besserung 5, keine Besserung 1, Tod 2 (Ursache: Bronchitis, Lungentuberculose). Die Aetiologie dieser Fälle war: Syphilis 8, Typhus 3, Sclerom (Stoerk's Blennorrhoe) 7, idiopathische Perichondritis 1, Diphtheritis 1, Erysipelas 1, unbekannt 7.

Intubation: 42 Fälle. Resultat: Normale Respiration 32, Besserung 5, keine Besserung 1, Tod 4.

Behandlung mittels blutiger Operationen: 38 (10mal Thyreotomie, 73mal totale Laryngofissur).

Bei den thyreotomirten Patienten wurde die Respiration normal 4mal, verbessert 5mal, Tod 1mal.

Bei den mittelst Laryngofissur behandelten Patienten war das Resultat: Respiration normal 49, verbessert 10, keine Verbesserung 8, Tod 2.

Die Aetiologie der 83 Fälle war: Syphilis 14, Typhus 14, Trauma 10, Scleroma 29, Variola 1, Sequelae tracheotomiae nach Diphtheritis und Croup 6, congenitale Membranbildung 2, idiopathische Perichondritis 2, Tuberculose 3, unbekannt 2.

Verf. resümirt seine Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Bei den Stenosen, bei denen nicht allein das Larynxlumen in hohem Grade verengt, sondern das ganze Organ durch Nekrose des Skelets deformirt ist, soll die Resection des Larynx vorgenommen werden.

2. Bei den Stenosen, bei denen die Tracheotomie vor längerer Zeit gemacht

und das Lumen so klein ist, dass der Tubus, der eingeführt werden kann, zu klein für die Respiration ist, soll man mit den Schrötter'schen Bolzen die Behandlung anfangen, um später zu der Intubation überzugehen.

3. In allen anderen Fällen soll die Intubation angewandt werden.

4. Mittels endolaryngealer Operationen (Incisionen und Scarificationen von schwieligem Gewebe) soll die mechanische Behandlung unterstützt und abgekürzt werden.

SCHMIEGELOW.

170) **Trumpp** (München). **Die Intubation.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 33 u. 34. 1899.*

Geschichte der Intubation, Instrumentarium, Operationstechnik, unmittelbarer Erfolg, üble Zufälle bei der Operation, Nachbehandlung u. s. w. Eine sehr ausführliche Arbeit.

CHIARI.

171) **v. Bókay** (Budapest). **Die Anwendung der Intubation in der Kinderpraxis mit Ausnahme der Diphtherie.** *Comptes rendus du XII. Congr. int. Bd. III. Sect. VI.*

B. giebt einige Beispiele für die Anwendung der Intubation bei luetischen Stenosen, Laryngitis subglottica, Decanulement-Schwierigkeiten, Fremdkörpern, als unterstützendes Verfahren bei Tracheotomie, Kehlkopfentzündung, Keuchhusten, Kehlkopfpapillomen etc.

P. HELLAT.

172) **M. Boulay** (Paris). **Ueber subglottische Stenosen, beobachtet nach Intubation. (Des rétrécissements sousglottiques observés à la suite du tubage.)** *Comptes rendus du XII. Congr. intern. Bd. III. Sect. VI.*

B. führt zwei Fälle von Stenose nach Intubation an. In einem Falle Tracheotomie und allmälige Besserung durch Schrötter. Im zweiten Fall, in dem ein vollständiger Verschluss des Larynx bestand, führte auch die Laryngofissur nicht zum Ziele.

P. HELLAT.

173) **Sargnon. Intubation und Tracheotomie bei Nichtcroup von Kind und Erwachsenen. (Tubage et trachéotomie en dehors de croup chez l'enfant et chez l'adulte)** *Annal. de la Société Méd. Chir. de Liège. No. 8. 1899.*

Die Intubation ist indicirt bei heilbaren und dilatablen Stenosen des Larynx und des oberen Theiles der Trachea; die Tracheotomie bei incurablen und tiefer gelegenen Stenosen.

BAYER.

174) **Maffei. Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *La Clinique. No. 28. 1899.*

Revueartikel über verschiedene einschlägige Arbeiten, ohne etwas Neues zu bringen.

BAYER.

175) **Paul Reinhard. Zur Kenntniss des Auftretens von Trachealstenose nach Tracheotomie.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1899.*

Bei einem 18jährigen Mädchen war im Alter von 4 Jahren wegen Diphtherie die Tracheotomie gemacht worden; 12 Jahre später stellte sich eine Tracheal-

stenose ein, welche durch luxurirendes Narbengewebe der Luftröhrenschleimhaut in der Nähe der früheren Tracheotomiewunde bedingt war. Heilung durch Schrötter'sche Hartgummibougies.

SCHECH.

176) **F. Livini. Ueber die Histiogenese der Trachea. (Sulla istogenesi della trachea.)** *Academia Medico-Fisica Fiorentina. 9. Juli 1898.*

Von den elastischen Fasern der Trachea sind am frühesten vorhanden die longitudinal verlaufenden: Sie lassen sich bereits bei einem 13 cm langen Foetus nachweisen, während in diesem Entwickelungsstadium andere elastische, mit Orcein tingirbare Elemente in der Trachea noch nicht auffindbar sind, ausser einigen Fasern, die an der hinteren Wand zwischen den Enden der Knorpelringe verlaufen. Ebenfalls vorhanden sind in diesem Stadium schon die Drüsenanlagen, die, in besonders grosser Anzahl an der hinteren Wand, sich als Epitheleinstülpungen präsentiren. Die Entwickelung des elastischen Fasernnetzes schreitet mit grosser Rapidität vor, so dass dasselbe bei einem 35 cm langen Foetus bereits eine grosse Mächtigkeit erlangt hat.

FINDER.

177) **Massei. Ueber chronischen hämorrhagischen Trachealcatarrh. (Sul cronico catarro tracheale emorragico.)** *Arch. Ital. di Laringol. October 1898.*

Das hervorstechendste klinische Symptom in dem vom Autor beschriebenen Krankheitsbilde bildet anfallsweise auftretendes Blutspeien, wobei der Patient ohne angestrengtes Husten, oft sogar unter einem gewissen Gefühl der Erleichterung, ziemlich erhebliche Blutmengen (bis zu 100 ccm pro die) zu Tage fördert. Die Untersuchung der Respirationsorgane und des Sputums ergiebt nicht das Geringste für die Annahme einer eventuellen Tuberculose Verwerthbare. Dagegen sieht man bei der Spiegeluntersuchung, wenn man den Patienten tief inspiriren lässt, im Anfangstheil der Trachea auffallend stark entwickelte und zahlreiche Gefässe, die mit den weissen Knorpelringen lebhaft contrastiren, oft ganze Plexus bilden und in denen man die Quelle der den Patienten und seine Umgebung oft in grössten Schrecken setzenden, wiederholten Blutungen vor sich hat. Das Zustandekommen des hämorrhagischen Katarrhs gerade an dieser Stelle erklärt Verf. aus dem Zusammenwirken physikalischer und anatomischer Gründe: Die bei jeder Phonation exspirirte Luft staut sich in Folge des Verschlusses der Stimmlippen unter vermehrtem Druck im subglottischen Raum, wirkt als ständiges Reizmittel auf die Gefässe, die normaler Weise als stark entwickeltes Capillarnetz in der hier sehr lockeren Schleimhaut oberflächlich verlaufen, führt zur Erschlaffung ihrer Ränder und so zur Erweiterung ihres Lumens.

FINDER.

178) **G. Pisenti. Ueber zwei Fälle von hämorrhagischem Trachealcatarrh. (Intorno a due casi di catarro tracheale emorragico.)** *Arch. Ital. di Laringol. Juli 1899.*

In beiden Fällen handelte es sich um junge Leute, die innerhalb mehrerer Jahre verschiedentlich an ziemlich heftiger Hämoptoe erkrankten, der eine das erste Mal im Anschluss an eine anstrengende Radtour, und bei dem wiederholte sorgfältige Untersuchung verschiedener Aerzte nicht das Geringste für das Vorhandensein einer Lungen- oder Kehlkopferkrankung ergab. Verf. war in der Lage,

in beiden Fällen als Quelle der Blutung varicös erweiterte Venen in der Trachealschleimhaut auf tracheoskopischem Wege festzustellen. Er leitet aus der Familiengeschichte der Patienten eine hereditäre Schwäche der Gefässveränderungen im Venensystem ab.

FINDER.

179) **Gisela Kuhn** (Brünn). **Ueber Tracheitis membranacea.** Zürcher Dissertat. aus d. pathol. Institut. Zürich bei Ovall Füssli. 1898.

Nach einer historischen Einleitung theilt Verf. zwei Fälle mit; einen Typhusfall, wo sich eine continuirliche, von einer herdförmigen Pneumonie ausgehende Membran bis in den Kehlkopf fortsetzt und dasselbe im Anschluss an eine acute fibrinöse Pneumonie. Bei letzterer war die Membran zusammengesetzt, wie das Exsudat der Lungen, aus Fibrin und Leukocyten; beim Typhus nur zur Hälfte aus Fibrin und im Uebrigen aus Mucin. Das Fibrin war in letzterer als Knotenpunkte eingelagert, welche radiäre Ausstrahlung erkennen liessen. Verf. glaubt eine scharfe Trennung zwischen fibrinösen und mucinösen Gerinnseln resp. Membranen überhaupt nicht annehmen zu dürfen und er glaubt, das Mucin werde bei langsameren Processen vorwiegen.

JONQUIÈRE.

180) **Courtade. Compression der Trachea durch ein Aneurysma des Aortenbogens eine Lähmung der Glottiserweiterer vortäuschend. (De la compression de la trachée par un anévrisme de la crosse aertique simulant une paralysie des abducteurs de la glotte.)** *Journal des praticiens. October 1899.*

Bei dem 45jährigen Patienten mit Aneurysma stellt sich seit 5—6 Monaten während einer jeden noch so geringen Anstrengung hochgradige Dyspnoe ein. Wenn der Patient sich ganz ruhig verhält, ist die Athmung ziemlich ruhig; sobald er nur einige Schritte thut, tritt die Dyspnoe ein, bei welcher ein stridulöses Geräusch hörbar ist, das an eine Lähmung der Glottiserweiterer denken lässt. Die Untersuchung des Larynx ergab jedoch weder Lähmung noch Tumoren. Es handelte sich um eine durch die aneurysmatische Geschwulst bedingte Compression der Trachea in ihrem untersten Theil.

A. CARTAZ.

181) **G. Prota. Primäres Sarcom der Trachea. (Sarcoma primario della trachea.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Verf. berichtet über zwei Frauen, die eine 40, die andere 50 Jahre alt, die unter Erscheinungen von Dyspnoe zur Untersuchung kamen und bei denen sich als Ursache der letzteren ein Tumor im Anfangstheil der Trachea ergab. Es wurde auf das Aussehen (? Ref.) des Tumors hin die Diagnose auf Sarkom gestellt; leider ist diese Diagnose durch keine histologische Untersuchung beglaubigt.

FINDER.

182) **T. N. Hall** (Denver). **Verstopfung der Bronchien durch vereiterte Bronchialdrüsen. (Bronchial obstruction by suppurating bronchial glands.)** *Amer. Journ. Med. Ses. August 1899.*

Eine interessante casuistische Mittheilung, die H. für einen durch vereiterte Bronchialdrüsen bedingten Fall von Verstopfung der Bronchien ansieht. Zur Stütze der Diagnose vermag er freilich nur klinisches Beweismaterial heranzu-

ziehen. Die vom Patienten expectorirte feste, fleischähnliche Masse wurde leider mikroskopisch nicht untersucht. Mit der eingetretenen Genesung schwanden sämmtliche Anhaltspunkte, und so war eine sichere Diagnose nicht mehr zu stellen. Patient, ein Arzt, litt vor fünf Jahren an Bronchitis; nur ein einziges Mal hatte man im Sputum spärliche Tuberkelbacillen gefunden, während die späteren Untersuchungen lediglich Eiterzellen und Staphylokokken constatiren liessen. Höchstwahrscheinlich handelte es sich um vergrösserte Bronchialdrüsen, die auch den Anfall von erschwertem Athmen, den man beim Patienten beobachtete, erklären würden. Mit dem allmäligen Schwinden des Hindernisses nahm die Expectoration zu, um dann, nachdem die Masse ausgehustet wurde, fast ganz zu versiegen. Auch die Athembeschwerden gingen zurück. A. LOGAN TURNER.

f. Schilddrüse.

183) **Gautier** (Genève). **Noch einmal etwas vom Jod und von der Schilddrüse. (Encore l'iode et la glande thyroide.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 10. 1899.*

Antwort auf einen Artikel von Jannin. Einer von den in der vorigen Arbeit beschriebenen Fälle wird hier näher ausgeführt, welcher durch eine minimale Jodbehandlung des Kropfes Thyreoidismus mit starkem Exophthalmus und allen anderen Zeichen des Basedow bekam. G. unterstützt ganz Jannin bezüglich der Wirkung ganz kleiner Jodgaben auf latente Thyreoidisten, und er behauptet, Genf und namentlich die alte Genfer Gesellschaft weise viele solche latent Prädisponirte auf. Daher vertrage auch durchschnittlich die Genfer Gesellschaft einen längeren als vierwöchentlichen Aufenthalt am Meere schlecht. G. beobachtete ferner, dass der durch Jod erregte Thyreoidismus bei psychisch hereditär Belasteten Psychosen verschiedener und schlimmer Art hervorrufen könne. Man solle deshalb in endemischen Kropfgegenden auf alle im Leben vorkommenden Jodanwendungen, auf unschuldige Mineralwässer, welche Spuren von Jod enthalten, auf die Practiken von Zahnärzten mit Jodoformfüllungen u. a. m. aufmerksamer Acht haben. JONQUIÈRE.

184) **Kocher jun.** (Bern). **Ueber glykogenhaltige Strumen.** Inaugural-Dissert. Bern 1899.

K. hebt die Seltenheit des bisherigen Nachweises von Glykogenbildung in Strumen gegenüber der auffallenden Deutlichkeit des entsprechenden mikroskopischen Bildes, wie er sie durch Eosinfärbung erzeugen konnte, hervor. Er fand dieselbe in der relativ grossen Zahl von 5 Kröpfen, von welchen 4 sarcomatös oder carcinomatös waren, der 5. eine blosse Graviditätsstruma.

Das Glykogen fand sich in eigenthümlich aufgehellten Drüsenalveolen, theils in den aufgedunsenen polyedrischen Zellen, welche gegen einander nur durch leicht röthlichen feinen Saum oder gar nicht abgegrenzt erschienen und grosse Kernbläschen hatten; theils lagen Glykogentropfen im freien Hohlraume der Alveolen.

Die beigegebenen Tafeln zeigen die charakteristische Aufhellung und die aufgequollenen Zellkerne der betreffenden Stellen.

In einem Falle waren die gleichen Veränderungen in metastatisch ergriffenen Bronchialdrüsen nachzuweisen.

JONQUIÈRE.

185) **Hültl. Ueber die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1899.*

Die Syphilis der Schilddrüse ist eine sehr seltene Erkrankung und kann man unterscheiden: 1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica, beobachtet von Kuttner und Köhler, 2. Gumma bei congenitaler Lues (Fälle von Demme, Birch-Hirschfeld, Dubois) und bei acquirirter Lues (Fälle von Navratil, Fränkl, Kuttner). H. fügt einen neuen Fall letzterer Art bei; die Diagnose wurde Anfangs auf Struma maligna und wegen Betheiligung des Kehlkopfes auf Carcinoma laryngis gestellt. Bei der Tracheotomie, die wegen Blutung aus der colossal geschwellten Thyreoidea mit Paquelin gemacht wurde, entstand der Verdacht, ob es sich wirklich um Struma maligna handelte, und ein exstirpirtes Stück sprach direct dagegen. Eine methodische Jodbehandlung hatte völlige Heilung zur Folge.

SCHECH.

186) **Vitrac. Hydatidencysten der Schilddrüse. (Kystes hydatique du corps thyroide.)** *Revue de Chirurgie. Mai 1897.*

Diese recht seltene Affection besitzt alle Charaktere eines Schilddrüsentumors. Der Verlauf ist äusserst langsam, der Sitz am häufigsten in dem subcapsulären oder interlobulären Zellgewebe bezw. in den Lappen oder Isthmus. Für die exacte Diagnose entscheidend ist der Umstand, ob der Tumor den Bewegungen der Trachea während der Deglutition folgt, ferner ob er sich mit der Trachea verschieben lässt, oder nicht, woraus man dann schliesst, dass die Cyste im Innern oder neben der Thyroidea ihren Sitz hat. Das Eindringen der Hydatidenkeime in die Schilddrüse geschieht am häufigsten auf dem Blutwege seltener, durch directes Einwandern quer durch die Oesophaguswand. Die Cyste erreicht selten beträchtliche Grössen und verursacht wenig Drucksymptome. Die Therapie muss frühzeitig einsetzen und besteht in einfacher Punction, Jodinjection, Incision, Exstirpation oder Thyreoidectomie.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

187) **Robert Jones. Fremdkörper in Rachen und Speiseröhre. (Foreign bodies in the pharynx and oesophagus.)** *Lancet. 6. Mai 1899. The Med. Age. Juni 1899. The N. Y. Lancet. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt Untersuchung mit dem Finger am hängenden Kopfe. Forcirte Extractionsversuche durch den Mund hält er für unerlaubt und räth zu rascher Operation. Er berichtet über seine eigenen reichen Erfahrungen.

EMIL MAYER.

188) **Segond** (Paris). **Oesophagotomie zum Entfernen eines Gebisses. (Oesophagotomie pour l'ablation d'un râtelier.)** *Société de Chirurgie. Juli 1899.*

Herausholung eines Gebisses durch die äussere Oesophagotomie nach einer Röntgenaufnahme.

PAUL RAUGE.

189) **W. Permewan. Zwei durch subhyoideale Pharyngotomie entfernte Oesophagus-Tumoren. (Two cases of tumor of the oesophagus removed by subhyoid pharyngotomy.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1899.*

P. berichtet über zwei von ihm operirte Tumoren, die von der hinteren Wand des Oesophagus, dicht unterhalb des Larynxeintritts ihren Ursprung nahmen. Beidemale führte er die Pharyngotomia sub-hyoidea aus. Der erste mit Fibromyxom behaftete Patient ging an Septicämie zu Grunde, deren Entstehen der Autor dem unmittelbaren Verschluss der Wunde zuschreibt. Der zweite Patient mit Carcinom genas, da man bei ihm die Wunde weit offen gelassen hatte. P. hält die Incision von der Membrana thyro-hyoidea aus für die geeignetste zum Entfernen von Tumoren im unteren Pharynx und oberen Oesophagus, da dieselbe einen vorzüglichen Ueberblick über alle Theile gestattet. Die Technik der Operation ist im Einzelnen dargelegt.

LOGAN TURNER.

190) **Koeppelin** (Lyon). **Narbige Strictur des Oesophagus. Lungengangrän. Tod. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Gangrène pulmonaire, mort.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 8. Juli 1899.*

Die vom Patienten versehentlich geschluckte Lauge setzte eine so grosse Strictur, dass die Nahrungsaufnahme unmöglich wurde. Durch permanente Dilatation erzielte man zwar eine merkliche Besserung, doch erlag Patient einem Lungenleiden. Bei der Autopsie fand man fast die ganze mittlere Partie des Oesophagus mit Narbengewebe erfüllt, ausserdem in der Lunge einen haselnussgrossen mit putridem Inhalt gefüllten Abscess, der wohl dem Catheterismus seinen Ursprung verdankt. Man sollte daher statt dieses gefährlichen Mittels doch lieber zur Gastrostomie schreiten.

PAUL RAUGE.

191) **Henry Mann Silver. Nicht maligne Strictur des Oesophagus und ihre Behandlung. (Non-malignant strictures of esophagus and their treatment.)** *Journal American Medical Association. 15. Juli 1899.*

Wenn nach starker Verätzung des Oesophagus unter erheblicher Entzündung die Strictur rasch entsteht, bevorzugt Verf. die Gastrotomie. Ist die Entzündung gering und nicht viel Regurgitation vorhanden, so ist die Oesophagotomie angebracht. Nach beiden Eingriffen soll die Dilatation von unten her vorgenommen werden.

EMIL MAYER.

192) **W. J. Mayo. Narbige Strictur des Oesophagus und ihre Behandlung. (The oesophagus. Cicatricial stricture thereof. Its treatment.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 29. Juli 1899.*

M. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die systematische Sondirung soll 2—4 Wochen nach dem Verschlucken einer ätzenden Substanz begonnen werden.

2. Bei schwerer Verletzung verringert man durch sofortige Gastrotomie die Gefahr und beschleunigt die Vernarbung. Die Sondirung wird in derselben Weise (Satz 1) gehandhabt.

3. Nicht dilatirbare Stricturen in der Nachbarschaft des Ringknorpels sind durch äussere Oesophagotomie zu spalten.

4. Stricturen oberhalb des Aortenbogens kann man sicher durch eine Combination von äusserer und innerer Oesophagotomie angreifen.

5. Feste Stricturen innerhalb des Thorax werden am besten nach Ochsner's Methode dilatirt und wenn nöthig mittelst Abbe's Kettensäge gespalten.

6. Impermeable Stricturen müssen durch retrograde Dilatation erweitert werden.

7. Eine dilatirte Strictur soll von Zeit zu Zeit sondirt werden, Jahre lang oder das ganze Leben hindurch.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) S. Paulli. Ueber die Pneumaticität des Schädels bei den Säugethieren. (Om Pneumaticiteten af Kraniet hos Patte dyrene. En morphologisk Studie.) Habilitationsschrift. Kopenhagen 1899.

Diese Arbeit ist eine sehr interessante morphologische Untersuchung über die von der Nasenhöhle ausgehenden pneumatischen Räume bei den Säugethieren; sie enthält ausserdem eine recht sorgfältige Untersuchung über die Morphologie des Siebbeins, welche nothwendig ist für das Verständniss der Pneumaticität, da die pneumatischen Räume grössten Theils von Ausstülpungen der Schleimhaut in die Ethmoturbinalien gebildet werden. Die Untersuchungen des Verf.'s bringen neue und werthvolle Aufklärungen, welche eine ganz andere Auffassung ermöglichen, wie die bisherige.

Das Ethmoid wird beschrieben als ein Kästchen mit einer sagittalen Scheidewand; jede Hälfte ist von den Ethmoturbinalien gefüllt, welche von der Lamina cribrosa und der Lateralwand entspringend mit ihrem freien Rand sich gegen das Septum erstrecken. Die Ethmoturbinalien bestehen aus einer Basallamelle mit mehr oder weniger aufgerolltem Rande, dem Riechwall. Von solchen Ethmoturbinalien werden an einem Sagittalschnitt fünf sichtbare; diese werden Endoturbinalien genannt. Fünf Endoturbinalien sind typisch für das Säugethierethmoid. Abweichungen hiervon sind auf Trennungen oder Verwachsungen zurückzuführen. Zwischen den Endoturbinalien sind die Ektoturbinalien versteckt. Aber wenn die Endoturbinalien homologe Formationen sind, so können die Ektoturbinalien nicht auf einen

gemeinen Typus zurückgeführt werden; sie sind vielmehr in sehr verschiedener Zahl zu finden und sind analoge Formationen, entstanden während der Anpassung des Ethmoids. Bei den Primaten (u. a. Mensch) ist das Ethmoid sehr stark reducirt, nur bei einzelnen Arten, z. B. Hapale und Mensch, werden 1—2 rudimentäre Ektoturbinalien gefunden (die Bulla ethmoidalis beim Menschen ist ein Ektoturbinale), und die Endoturbinalien sind zu einer Basallamelle ohne Riechwallsformation reducirt.

Nach Verf. sind die pneumatischen Räume als „leere" aufzufassen, d. h. sie sind nicht dazu bestimmt, die Ethmoturbinalien aufzunehmen. Sie sind vielmehr selbständige Formationen, deren Bedeutung in der Ausbildung des Craniums während der Anpassung zu suchen ist. Für diese Auffassung spricht sehr deutlich eins von den Resultaten des Verfassers: Die Pneumaticität ist direct abhängig von der Grösse der Arten. Wenn man, wie z. B. bei den Raubthieren, Theile von den Ethmoturbinalien in den pneumatischen Räumen findet, dann ist dieses nur als secundäre Einwachsung zu betrachten. Weiter schliesst Verf., dass eine vergleichende Untersuchung nur auf die Lage der Verbindungsöffnungen der pneumatischen Cavitäten mit der Nasenhöhle, und nicht auf die anderen Verhältnisse, wie die Ausdehnung der Höhlen gegründet werden kann. Die constanteste pneumatische Cavität ist der Sinus maxillaris, welcher bei beinahe allen placentalen Säugethieren gefunden wird und bei den Insectivoren die einzige pneumatische Höhle ist. Bei weiterer Ausbildung der Pneumacität stülpt die Ethmoidalschleimhaut sich zwischen die Ansätze der Basallamellen aus und bildet so in jeder Hälfte des Craniums ein System von gegenseitig ganz getrennten Cavitäten; bei grösseren Säugethieren hat der Verf. sogar 17 Höhlen in einem derartigen System gefunden. Ausser diesen Systemen werden bei einzelnen Säugethieren specielle Cavitäten gefunden, z. B. bei Perissodaktylus, Choloepus, Hystrix etc. Beim Menschen findet man den Sinus maxillaris, die typische Formation aller placentalen Säugethiere, und ausserdem ein System von pneumatischen Räumen, welche aus dem Boden zwischen den Conchae sich entwickeln. Die Höhlen in diesen Systemen sind wohlbekannt unter dem Namen Cellulae ethmoidales und Sinus frontalis, und ebenso wohl bekannt ist die grosse Variation in der Anzahl und der Lage der Einmündungsöffnungen dieser Cavitäten, mit anderen Worten, wir haben hier mit analogen und nicht mit homologen Formationen zu thun. Der Sinus frontalis ist n i c h t ein pneumatischer Raum von bestimmtem morphologischem Werthe, er ist vielmehr nur eine zufällige Cellula ethmoidalis, welche einen grösseren Umfang dadurch erreicht hat, dass sie im Os frontale sich ausbreitet; der Name „Sinus frontalis" ist deshalb unrichtig und unhaltbar, insofern er nicht einen pneumatischen Raum von bestimmtem morphologischem Werthe bezeichnet. Ebenso wenig ist der Name „Sinus sphenoidalis" berechtigt; die pneumatischen Räume in dem Prae- und Basissphenoid sind nur Theile der analog entwickelten Symptome und besitzen keinen bestimmten morphologischen Werth; folglich hat auch der Name Sinus sphenoidalis keine Berechtigung. Schliesslich zeigt Verf., dass der Sinus sphenoidalis beim Menschen gar keine pneumatische Cavität ist, sondern nur das hintere Ende der primitiven Nasenhöhle.

Die fleissige und sorgfältige Arbeit ist mit vorzüglichen Tafeln und vielen schematischen Zeichnungen ausgestattet.

V. Saxtorph Stein (Schmiegelow).

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

Erste Sitzung vom 11. März 1899.

1. Schmiegelow demonstrirte 2 Fälle von Larynxstenose, der eine bedingt durch eine metastatische Perichondritis der Cartilago cricoidea post anginam, der andere, ebenfalls durch Perichondritis Cartilag. cricoideae, jedoch syphilitischer Natur (die Fälle sind ausführlich in der Revue hebdomadaire von Moure, Mai 1899 veröffentlicht).

2. Schmiegelow zeigte ein mikroskopisches Präparat einer Geschwulst, die aus dem Antrum Highmori eines 26jährigen Mädchens entfernt war. Das Mädchen war längere Zeit wegen eines Oberkieferempyems mit Durchspülung vom Proc. alveolaris aus behandelt worden; schliesslich musste zur Aufmeisselung der vorderen Wand und zur Entfernung der Geschwulst geschritten werden. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst ein Epitheliom mit atypischer Epithelproliferation darstellte. Die Patientin, die vorgestellt wurde, befand sich wohl und zeigte keine Spur von Recidiv.

3. Schmiegelow demonstrirte einen Kehlkopf von einem 32jährigen Mädchen, welches im December 1898 an Melanocarcinom des Kehlkopfes gestorben war. Die Krankheit hatte ein Jahr gedauert. Der ganze Kehlkopf mit Ausnahme eines kleinen Theils der Epiglottis und des linken Lig. aryepiglotticum war von der Geschwulst durchwachsen. Die Geschwulst reichte 5 cm in den Oesophagus hinein und hatte die Tracheotomie nothwendig gemacht.

4. Grönbech stellte einen 30jährigen Mann mit einer sehr verbreiteten, ulcerirenden destructiven syphilitischen Ulceration des harten und weichen Gaumens vor. Frühere Syphilis wurde vollständig abgeleugnet; der schnelle Erfolg einer antiluetischen Behandlung stellte jedoch die Diagnose sicher.

Zweite Sitzung vom 8. April 1899.

1. Grönbech zeigte einen 48jährigen Mann mit einer bedeutenden Geschwulst im Nasenrachenraume. Seit 3 Monaten starke und wiederholte Blutungen von der linken Seite. Die Geschwulst füllt den Rasenrachenraum ganz und reicht in die linke Nasenhälfte hinein. Sie blutet bei der geringsten Berührung. Der Tumor ist fest und glatt. Das Alter des Patienten deutet auf ein Fibrosarkom hin. Grönbech glaubt die Geschwulst mit der galvanocaustischen Schlinge entfernen zu können. Schmiegelow meint, dass der Fall sich vielleicht eher für die elektrolytische Behandlung eignet.

2. G. Kiaer zeigte ein 17jähriges Mädchen mit primärem Lupus nasi besonders der rechten Nasenhöhle und des weichen Gaumens. Der Fall konnte mit tertiärer luetischer Affection sehr leicht verwechselt werden, aber eine energische antisyphilitische Behandlung, die längere Zeit fortgesetzt wurde, hat sich als nutzlos erwiesen.

3. Schmiegelow demonstrirte einen mandelgrossen, gestielten Polyp, den er aus dem Larynx eines 57jährigen Mannes entfernt hat und welcher sich mikroscopisch als ein Carcinoma alveolaris erwies. Die Insertionsstelle war das rechte Lig. aryepiglotticum; die Geschwulst wurde mittelst Schlinge entfernt und die Insertionsstelle energisch galvanocauterisirt.

4. Klein: Demonstration von Instrumenten.

5. Ausserdem wurden mehrere otologische Fälle demonstrirt und besprochen.

Schmiegelow.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 3. Februar 1899.

Vorsitzender: Dr. de Havilland Hall.

Betham Robinson: Geringe Abductionsbeschränkung des rechten Stimmbandes.

37jähriger Mann, tuberculös belastet, seit 3 Monaten heiser. Die Stimmbänder sehen congestionirt aus, das rechte ist in seiner Abductionsbewegung etwas geschwächt. Ausserdem ist am Halse unter dem hinteren Theile des rechten Schildknorpelflügels eine gewisse Völle und Spannung zu constatiren. Unter Jodbehandlung ist eine geringe Besserung eingetreten. Redner vermuthet einen extralaryngealen tuberculösen Process, durch den mechanisch die Bewegung des rechten Stimmbandes gehemmt wird.

Dundas Grant führt die Bewegungsbeschränkung auf mechanische Fixation zurück.

Rees hält dieselbe überhaupt nur für eine scheinbare, durch die Asymmetrie des Larynx vorgetäuschte.

Der Vorsitzende weist dem gegenüber auf die Zeichen von Entzündung hin, die an den Stimmbändern bestehen.

Betham Robinson: Geschwulst des rechten Stimmbandes.

R. stellt den am 8. Juni 1898 der Gesellschaft gezeigten Patienten nach glücklicher Entfernung der Geschwulst vor. Der Tumor war entweder ein Myxom oder eine schleimhaltige Cyste; er ist bei der Operation zerdrückt worden.

Furnish Potter: Totale (?) Lähmung des linken Stimmbandes.

48jähriger Mann mit einer zweifelhaften früheren syphilitischen Infection, seit 7 Wochen heiser. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Cadaverposition. Die linke Gaumenhälfte ist paretisch, die Zunge beim Vorstrecken etwas links abweichend. Der Trapezius, Sternocleidomastoideus und der Orbicularis oris erscheinen normal. Die Augäpfel zeigen einen leichten lateralen Nystagmus. An der Brust ist keine Veränderung nachweisbar. Jodkali wird einen Monat lang genommen ohne dass eine Besserung eingetreten ist.

Sir Felix Semon constatirt das Vorhandensein completer Recurrenslähmung.

H. Tilley betont die complicirende Gaumenlähmung, die ein weiterer Beweis für die von Horsley und Beevor experimentell erwiesene Versorgung des Gaumens durch den Accessorius ist.

Bowlby: Geschwür der Nasenscheidewand.

Gesunde Frau von 32 Jahren, die weder tuberculös noch syphilitisch ist und bei der vor etwa 8 Monaten eine Schleimhautanschwellung am Septum sich eingestellt hat. In der letzten Zeit begann an dem oberen Theil des knorpligen Septums eine Ulceration, die jetzt langsam sich ausdehnt. Von einer Necrose des Knochens ist nichts nachzuweisen. Tuberkelbacillen sind nicht zu constatiren.

Dundas Grant glaubt nicht, dass es sich hier um ein einfaches Ulcus perforans handelt, sondern vermuthet Tuberculose oder Lupus.

St. Clair Thomson erklärt, dass das Geschwür zu hoch sitze, um durch mechanische Reizung erklärt zu werden. Andererseits spreche der langsame Fortschritt und der Mangel des typischen Geruchs gegen die Diagnose Syphilis. Der indolente und verdickte Rand des Geschwürs legt den Gedanken an Tuberculose nahe. Redn. empfiehlt zur Förderung der Diagnose einen Versuch mit Tuberculin.

Waggett weist ebenfalls den Gedanken an ein einfaches perforirendes Ulcus, das übrigens eine Theilerscheinung eines atrophischen Processes sei, zurück wegen der vorangehenden beiderseitigen Schwellung der Weichtheile und wegen der jetzt bestehenden entzündlichen Verdickung der Geschwürsränder.

Scanes Spicer hält das Geschwür für syphilitisch.

Der Vorsitzende hält die Diagnose für zweifelhaft; sicher sei nur, dass es sich um kein einfaches atrophisches Geschwür handelt. Er hat solche Fälle von Anfang an beobachtet und in keinem Stadium derselben je eine Schleimhautverdickung gesehen.

De Havillard Hall: Präparat von Abscess des Kehlkopfs.

Das Präparat stammt von einer jungen Frau, die an septischer Pneumonie mit acuter Nierenentzündung gestorben ist. Ca. 30 ccm eines dunkelgrünen fötiden Eiters entleerten sich aus dem Gewebe um den Larynx, dessen Knorpel zur Zeit der Section necrotisirt waren. Im rechten Leberlappen fand sich eine Hydatidencyste von Orangengrösse, die eine Hydatidenmembran und dicken olivengrünen visciden Eiter enthielt.

William Hill: Ein Kind mit eigenartigem ächzenden Ton beim Inspirium.

Das inspiratorische Geräusch ist zu allen Zeiten hörbar, im Wachen wie im Schlafe. Es wird auf den laxen Zustand der oberen Grenzen des Kehlkopfeingangs zurückgeführt. Für die Annahme, dass die Glottis selbst an der Production dieses Tones Theil nimmt, liegt kein Grund vor. Der Fall gehört zu der von Gee und Lees und neuerdings von Lack beschriebenen Krankheitsgruppe.

Sir Felix Semon glaubt, dass der Stridor durch eine Trachealstenose verursacht ist und weist auf die neueren Arbeiten über die Frage der Hypertrophie der Thymusdrüse hin. Die Intubation würde die Frage, ob der Larynx den Ton producirt oder nicht, schnell entscheiden.

Rees bemerkt, dass der Stridor aussetzt, wenn das Kind schreit.

Lack äussert, dass bei der Trachealstenose durch Thymusvergrösserung der exspiratorische Stridor sehr viel ausgesprochener ist, als der inspiratorische. Im vorliegenden Falle aber fehlt der exspiratorische Stridor, wie dies in der Regel der Fall ist bei der angeborenen laryngealen Obstruction durch Collaps der Gewebe des Kehlkopfeingangs.

Richard Lake: Papillome des Kehlkopfs.

Demonstration von 2 grossen Papillomen, die am vorderen Theil beider Stimmbänder entsprangen.

St. Clair Thomson: Der in der November-Sitzung vorgestellte Fall von hypertrophischer Laryngitis zweifelhafter Natur.

Der Vortr. stellt den 51jährigen Patienten noch einmal vor, weil sich seither Zeichen von Lungentuberculose bei ihm entwickelt haben. Auch ist jetzt ein auf Tuberculose verdächtiges Ulcus an der Epiglottis aufgetreten. Der Fall illustrirt die grossen Schwierigkeiten, die man oft bei der Diagnose der Frühstadien der tuberculösen Laryngitis findet. Jodkali ist in grossen Mengen genommen worden.

Clifford Beale fragt an, ob sich das Oedem rapide während des Jodkaligebrauchs entwickelt hat. Er hat dieses Vorkommniss in mehreren Fällen beobachtet. Das Oedem, wenn es einmal eingetreten ist, kann bestehen bleiben.

Der Vorsitzende meint, dass man Jodkali in ähnlicher Weise verwerthen könne, wie Tuberculin, als eine Probe auf Tuberculose.

Thomson theilt mit, dass das Oedem der Aryknorpel sich plötzlich in einer Woche entwickelt hat in der Weise, wie es von Beale beschrieben ist.

Herbert Tilley: Grosser Nasenrachenpolyp.

T. demonstrirt einen sehr grossen Nasenpolypen, den er mit der Loewenberg'schen Zange vom Nasenrachenraum aus entfernt hat. Er misst 5 Zoll im langen und $3^1/_2$ in seinem kürzesten Durchmesser.

Sir Felix Semon fragt an, ob die Geschwulst Cysten enthält, wie dies oft bei in den Nasenrachen hineinhängenden Polypen der Fall ist.

Scanes Spicer bestätigt, dass fast alle Polypen, die von den vorderen

oder hinteren Enden der mittleren Muscheln entspringend in den Nasenrachenraum hineinragen, eine Anzahl kleiner Cysten enthalten.

Waggett ist derselben Ansicht, macht aber darauf aufmerksam, dass kleine glanduläre Retentionscysten in der grossen Mehrzahl aller Nasenpolypen zu finden sind.

Tilley erwidert, dass sein Polyp eine oder zwei grosse Cysten enthält.

Herbert Tilley: Epitheliomatöse Ulceration im Nasopharynx.

Vorstellung eines 55jährigen Patienten, bei dem die obere Fläche des Velum und die Wände des Nasopharynx von einem ulcerirten Epitheliom eingenommen sind. Unter dem oberen Theile des linken Sternocleidomastoideus ist eine geschwollene Drüse zu fühlen.

St. Clair Thomson hat einen ähnlichen Fall bei einem Manne von 34 Jahren beobachtet. Er glaubte anfangs, dass es sich um späte Adenoide handele. Bei der Operation trat eine profuse Blutung ein und es entwickelte sich rapide ein Recidiv.

Rees hat vor kurzem ebenfalls einen solchen Fall gesehen.

Dundas Grant: Empyem der Kieferhöhle geheilt durch Irrigation von der Alveole aus nach Versagen der intranasalen Behandlung.

Ausspülungen nach Anbohrung vom unteren Nasengang aus führten nicht zu dauernder Heilung. Nach Extraction mehrerer cariöser Zähne und Eröffnung der Höhle von der Alveole aus wurde das gewünschte Resultat erzielt.

Sir Felix Semon beglückwünscht den Redner zu diesem Falle, der im Gegensatz zu den in früheren Sitzungen geäusserten Anschauungen steht. Es geht daraus hervor, dass verschiedene Fälle auch verschiedene Behandlungsmethoden erfordern.

Der Vorsitzende und Hill nehmen an, dass dies ein Fall dentalen Ursprungs sei; daher der Erfolg des Eingriffs von der Alveole aus.

Grant stellt fest, dass er schon früher vorgeschlagen hat, die Fälle dentalen Ursprungs von der Alveole, die nasalen Ursprungs von der Nase aus zu behandeln.

Sitzung vom 3. März 1899.

Vorsitzender: Dr. De Havilland Hall.

Bowlby: Kehlkopflähmung bei Oesophagusstrictur.

50jähriger Mann, leidet seit 12 Monaten an Schluckbeschwerden. Zur Zeit ist eine deutliche Strictur der Speiseröhre 7 Zoll hinter der Zahnreihe nachweisbar. Das linke Stimmband ist in Cadaverstellung fixirt und zeigt eine wesentliche Ausbuchtung des inneren Randes. Redner hat mehrere Fälle dieser Art gesehen; das linke Stimmband ist häufiger afficirt.

Clifford Beale verfügt über einen ähnlichen Fall, bei dem eine harte Infiltration dem Verlauf des Oesophagus folgend nachweisbar ist. Das erste Symptom in diesem Falle war eine Kehlkopfstenose. Beide Stimmbänder standen in Cadaverstellung, aber die Stimme war klar und es musste wegen Adductorenspasmus die Tracheotomie gemacht werden.

Sir Felix Semon vermag nicht zu sagen, ob das rechte oder das linke Stimmband häufiger in diesen Fällen afficirt ist, aber sicher hat er mehrere Fälle gesehen mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung. Die Concavität des inneren Stimmbandrandes ist durch die Betheiligung des Nervus laryngeus inferior vollständig erklärt, indem eine Lähmung des Internus vorliegt. Der Cricothyroideus hat damit nichts zu thun und er muss der neuerdings aufgestellten Hypothese widersprechen, als ob langdauernde Recurrenslähmung eine Degeneration und Atrophie des Cricothyroideus, der seiner Antagonisten beraubt sei, nach sich ziehen müsse. Dies sei eine rein theoretische Construction. Man braucht ja nur an die Fälle von Adductorenlähmung bei Tabes zu denken, wie sie in dieser Gesellschaft mehrfach vorgestellt sind, bei denen die Stimmbandlähmung seit 10 und mehr Jahren dauert und die Patienten doch in der Lage sind, nicht nur mit klarer Stimme zu sprechen, sondern sogar zu singen. Und weiter haben Friedrich (Leipzig) und Herzfeld (Berlin) bei der Section von Fällen von alter und completer Recurrenslähmung den Cricothyroideus besonders untersucht und vollständig normal gefunden. Es ist erforderlich, dass noch mehr Fälle untersucht werden, und jede Gelegenheit sollte benutzt werden zur Untersuchung des Cricothyroideus in solchen Fällen.

Der Vorsitzende hat ebenfalls mehrere Fälle von rechtsseitiger Lähmung beobachtet. Er fand öfter, dass Druck auf die Halsdrüsen einen Anfall von Glottiskrampf auslösten, vielleicht durch Reflexwirkung im rechten Recurrens.

Edward Law: Lupus der Nase.

Ein Lupus des linken Nasenflügels und des Naseneingangs wurde vor 18 Monaten ausgekratzt und ist seither vernarbt geblieben. Vor Kurzem aber traten Granulationen am Boden des unteren Naseneingangs auf, die sich nach oben bis zur mittleren Muschel und nach hinten bis zum hinteren Rand des Septums ausbreiteten. Durch Curettement und Milchsäure wurde wieder Vernarbung erzielt; aber eben jetzt ist ein neues kleines Knötchen auf der oberen Fläche des Velums erschienen.

Edward Law: Nasenpolypen mit beiderseitiger starker Obstruction der Nase.

Die sehr störende Nasenverschliessung war durch eine in früherer Zeit acquirirte Fractur des Septums verursacht.

Die Discussion beschäftigte sich mit der Frage des operativen Eingriffs bei Nasenstenose.

Sir Felix Semon weist darauf hin, dass die Frage, auf welche Weise man am besten nach Entfernung von Spinen der Nasenscheidewand u. dergl. die Bildung von Adhäsionen vermeide, in gewissen Fällen schwer zu entscheiden sei.

Er hat erst kürzlich einen Fall gesehen, in dem trotz der verschiedensten Vorkehrungsmaassregeln wiederholt neue Adhäsionen eintraten.

William Hill hat vor Kurzem einen ähnlich hartnäckigen Fall behandelt, bei dem jetzt durch Einlegung eines Gummipflockes der gewünschte Erfolg erzielt zu sein scheint.

Waggett hat sich die Ansicht gebildet, dass der länger fortgesetzte Gebrauch solcher Pflöcke nach der Operation nicht erwünscht ist, weil er Druckanämie erzeugt und dadurch die natürliche Heilung verzögert. Er benutzt jetzt statt der Röhre eine ganz dünne Celluloidscheide, welche wenig Platz einnimmt und keinen Druck ausübt und dabei doch die Verwachsung verhindert und gleichzeitig ausreichende Drainage und Reinigung ermöglicht.

Spencer bespricht die Schwierigkeit und die Schmerzhaftigkeit der Behandlung in manchen dieser Fälle und empfiehlt für diese die allgemeine Narkose, Abtragung der unteren Muschel und forcirte Dilatation des unteren Nasengangs.

Scanes Spicer hält ebenfalls die ausgiebige Entfernung der Muscheln in derartigen Fällen für gerechtfertigt.

Donelan hat in einem Falle die Neubildung von Adhäsionen verhütet durch Trennung der Wände mittelst eines in Bleiacetat und Alaun getauchten Gazestreifens. Nach der Abtragung der Muscheln hat er ernste Nekrosen des Knochens eintreten sehen.

Dundas Grant hat nach Abtragung der unteren Muschel und einer Spina septi eine Adhäsion sich bilden sehen. Diese Operationen sollten in getrennten Sitzungen ausgeführt werden. Ein Spray von Eucain und danach ein Spray von 4proc. Antipyrin führen eine längere Anästhesie und Schrumpfung der Gewebe herbei.

Law hat die Erfahrung gemacht, dass Knochenbrücken, die einige Monate nach ihrer Bildung weggebrochen wurden, nicht die gleiche Tendenz zur Wiederbildung zeigten.

de Havilland Hall: Complete Verwachsung zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand.

Der Zustand, der durch congenitale Syphilis verursacht ist, erzeugt in dem vorgestellten Falle keinerlei störende Symptome.

Paterson: Fremdkörper im Nasenrachenraum seit 4 Jahren.

Das Kind hatte vor 4 Jahren beim Spielen mit einem metallenen Regulirstäbchen plötzlich Dyspnoe bekommen. Es wurde damals umgekehrt, worauf die die Dyspnoe sich besserte. Später entwickelten sich nasale Dyspnoe und Ohrenfluss. Bei der Untersuchung, die P. vornahm, fand sich der erwähnte Fremdkörper im Nasopharynx vor, von Phosphaten überzogen.

Parker erwähnt den Fall eines Kindes, bei dem ein Gummidrain von 2 Zoll Länge nach 2jährigem Aufenthalt aus dem Nasenrachen entfernt wurde.

Atwood Thorne: Ein Fall von Kehlkopfschwindel.

51jähriger Mann giebt an, dass er, sobald er einen Hustenanfall hat, sich

schwindlig fühlt und nach der rechten Seite hinstürzt. Derartige Hustenanfälle mit Schwindel bestehen seit 2 Jahren. Pat. leidet ausserdem an leichter Taubheit und Ohrenklingen, ferner an einem Lungenemphysem mässigen Grades. Th. hat einen Anfall nicht beobachtet.

Law neigt zu der Annahme, dass es sich in diesem Falle um einen Ohrenschwindel handelt. Der Mann hat wahrscheinlich durch das Husten oder beim Schnäuzen wiederholte Erschütterungen des Ohres erfahren.

Hill hat den Fall früher behandelt und hat ihn auch als Ohrenschwindel angesehen. Es fiel ihm aber doch auf, dass die Symptome stets im Zusammenhang mit einer laryngealen Reizung oder mit Husten auftraten.

Dundas Grant kann der Annahme eines Ohrenschwindels nicht beipflichten, da nach seiner Erfahrung die Erschütterung durch Inflation des Mittelohres noch niemals Schwindel hervorgerufen hat.

St. Clair Thomson glaubt, dass es sich um Herzanfälle handelt. Der Pat. hat einen kleinen, schnellen und unregelmässigen Puls; auch giebt er an, dass er leicht ohnmächtig wird, wenn er sich bückt, um seine Schuhe zuzumachen.

Lake: Tuberculöse Geschwulst der Regio interarytaenoidea.

Vorstellung eines Falles, der durch Application einer 3proc. Formalinlösung gebessert worden ist.

Waggett: Zwei Fälle von extralaryngealer Cyste.

Vorstellung von zwei jungen Lenten mit Cystenbildungen in der Regio thyrohyoidea. Im einen Falle lag die haselnussgrosse Cyste auf der Membrana thyrohyoidea; im zweiten war eine zum Theil cystische Geschwulst von Wallnussgrösse an der linken Seite des Spatium thyrohyoideum zu constatiren, wo sie nach unten über den Schildknorpelflügel hinab sich erstreckte. In diesem zweiten Falle, glaubt W., handelt es sich um eine cystische Entwickelung in dem pyramidalen Lappen der Schilddrüse.

De Santi ist der Meinung, dass es im Falle 1 sich um eine Kiemencyste handelt.

St. Clair Thomson möchte in Fall 2 eine Pneumatocele diagnosticiren.

Waggett hält die Diagnose auf Pneumatocele für ausgeschlossen. Man kann noch so lange auf die Geschwulst drücken, ohne auch nur die geringste Verkleinerung zu erzielen. Die anscheinende Vergrösserung beim tiefen Inspirium ist bedingt durch venöse Anschwellung.

Scanes Spicer: Multiple Papillome des Kehlkopfes bei einem Kind von $3^1/_2$ Jahren, vollständig entfernt in 3 Sitzungen mittels endolaryngealer Methode unter combinirter Allgemeinnarkose mit localer Cocainisation und ohne Tracheotomie. Resultat: Vollständige Wiederherstellung der Stimme und normaler Athmung.

Das Kind hat seine Stimme im Alter von 7 Monaten nach einer schweren Erkältung verloren. Die Athmung war mühsam, besonders des Nachts. Adenoide und vergrösserte Mandeln vorhanden.

1. Febr. Das Kind, das in Intubationsstellung auf dem Schooss der Wärterin placirt ist, wird von Dr. Hewitt mit Aether und Chloroform narkotisirt. Man sieht eine grosse, blumenkohlartige Geschwulst an der rechten Seite im Larynx, welche den grösseren Theil der Stimmritze überdeckt. Dieselbe wird mit der schneidenden Zange entfernt. Man erkennt jetzt, dass das rechte Stimmband in eine blasse, warzige Geschwulst eingebettet ist. Die linke Seite erscheint gesund.

8. Febr. Die Stimme fehlt noch, die Athmung aber ist ruhig. Narkose wie in der ersten Sitzung; nur wird ausserdem der Kehlkopf durch Application einiger Tropfen einer 20proc. Cocainlösung anästhesirt. Es werden mehrere Stücke der papillomatösen Wucherung entfernt, ausserdem die adenoiden und die Tonsillen.

16. Febr. Narkose und Lokalanästhesie wie am 8. Febr. Nach Abtragung einiger kleiner Geschwulstreste erscheint der Larynx normal.

Ein paar Tage noch bleibt die Stimme ganz fort, trotzdem alle mechanischen Hindernisse jetzt entfernt sind. Dann kehrt sie allmälig wieder; es scheint aber auch jetzt noch eine besondere Anstrengung nöthig zu sein zur Production eines klanghaltigen Tones. Die Stimme hat noch einen rauhen und monotonen Charakter und entbehrt der Biegsamkeit.

Der Fall zeigt von Neuem, dass die Abtragung laryngealer Geschwülste auch bei ganz kleinen Kindern durchführbar ist. Dass die Stimme erst nach einigen Tagen sich wieder einstellte, ist vielleicht durch die Quetschung der Theile bei der Operation zu erklären, oder aber durch die ungeübte und mangelhafte Coordination.

Sir Felix Semon hat das Kind vor der Operation gesehen. Sein Zustand war ein recht schlechter, die Aphonie vollständig und der Stridor sehr laut. Das Resultat ist überaus befriedigend.

William Hill erklärt, dass die Spicer'sche Methode die Frage der Operation bei Kindern von 3—4 Jahren auf eine neue Basis stellt.

Scanes Spicer giebt an, dass die Tumoren unter Leitung des Spiegels abgetragen wurden. Es wurde unmittelbar nach dem Cocain-Spray der Larynx mit einem trockenen Wattebausch ausgetupft, um einen Cocainüberschuss zu vermeiden.

Dundas Grant: Pachydermie des Kehlkopfes, bedingt wahrscheinlich durch chronische Rhinitis.

21jähriger Mann, der an Husten und Rauhigkeit der Stimme leidet. Anfälle von Heiserkeit sind früher schon wiederholt vorgekommen und haben monatelang angehalten. Die Stimmbänder erscheinen trocken und congestionirt; an beiden Stimmfortsätzen ist eine blasse, unregelmässige, kammartige Auflagerung zu sehen, von denen die eine in die andere bei der Phonation sich einzufügen scheint. In der Nase wird Hypertrophie der unteren Muscheln mit schleimig-eitriger Secretion constatirt. Syphilitische Infection oder Ueberanstrengung der Stimme sind anamnestisch nicht nachweisbar.

De Havilland Hall hegt Zweifel, ob der Zustand als Pachydermie zu bezeichnen ist.

Dundas Grant ist der Ansicht, dass es sich um eine epitheliale Hyperplasie handelt.

Dundas Grant: Papillom des Larynx vollständig exstirpirt bei einem älteren Manne.

Der Tumor wurde entfernt, aber von dem Stumpf aus bildete sich eine neue Wucherung. Dieselbe wurde mit alcoholischer Salicylsäurelösung touchirt und von neuem die Zange angewendet. Nach wiederholten Salicylsäureätzungen ist jetzt nur noch eine leichte Unebenheit am Stimmbande zu sehen und die Stimme ist normal.

Dundas Grant: Ein Fall von multiplen Papillomen.

Eine Frau, bei der die Tumoren mit der Zange abgetragen und die Stümpfe mit alcoholischer Salicylsäurelösung behandelt sind. Das Resultat ist gut, nur ist der Gebrauch der Stimme noch mit grossen Schwierigkeiten verknüpft.

Arthur Cheatle: Grosses Gumma der hinteren Rachenwand.

Ein grosser Gummiknoten, im Centrum erweicht, an den Rändern hart, sitzt an der hinteren Rachenwand, von der Wölbung des Nasopharynx bis auf den Larynxeingang hinabreichend. Die Erweichung ist unter dem Gebrauch von Jod und Quecksilber eingetreten.

Spencer: Fixation des linken Stimmbandes mit fibrillären Zuckungen.

Pat., ein 52jähriger Seemann, hat wiederholt an Anfällen von Rheumatismus gelitten. Seit 4 Jahren ist er heiser und aphonisch. Das linke Stimmband ist fixirt; der Aryknorpel vermag keine willkürlichen Bewegungen zu machen; dabei sind fortwährend fibrilläre Bewegungen an dem Stimmband zu sehen.

H. Tilley erinnert an einem Fall von Syringomyelie mit Stimmbandlähmung, bei dem er solche fibrilläre Bewegungen constatirt hat.

Sir Felix Semon weist auf eine frühere Arbeit hin, in der er solche Zuckungen des fixirten Aryknorpels beschrieben hat.

C. A. Parker: Recidivirende Papillome des Larynx.

25jähriger Mann, dessen Kehlkopf in 12 Sitzungen von multiplen Papillomen befreit worden ist. Neue Recidive haben den Larynx jetzt wieder mit Geschwülsten erfüllt.

De Santi: Skiagramm eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Röntgenaufnahme eines Kindes, das eine Münze im oberen Theile der Speiseröhre stecken hat. Von Seiten des Halses fehlen alle Symptome; dagegen bestehen Erscheinungen, die auf das Coecum hinweisen. Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

William Macneill Whistler †.

Mit aufrichtigem Bedauern bringen wir unseren Lesern die Nachricht von dem am 27. Februar dieses Jahres erfolgten Ableben Dr. W. M. Whistler's, eines der ältesten und angesehensten Londoner Laryngologen. Der Verstorbene, der zur Zeit seines Todes im 63. Lebensjahre stand, hatte seit Jahren an häufigen und schweren Gichtanfällen gelitten und auch sonst viel gekränkelt; die Nachricht von seinem Tode aber kam ganz unerwartet.

Dr. Whistler, dessen aus England stammende Familie nach Amerika übergesiedelt war, wurde im Juli 1836 geboren. Einen Theil seiner Jugend verlebte er in St. Petersburg und eignete sich dort seine ausgedehnten linguistischen Kenntnisse an. Er beherrschte ausser der englischen auch die deutsche, französische und russische Sprache. Nach Amerika zurückgekehrt, studirte er Medicin in Philadelphia, bestand 1860 sein Doctorexamen und diente mit Auszeichnung als Militärarzt während des Bürgerkrieges in der conföderirten Armee. Nach dem Ende des Krieges ging er nach England, bestand dort die Examina für die Mitgliedschaft der Colleges of Surgeons (1871) und Physicians (1876), widmete sich speciell der Laryngologie und wurde als Physician am Hospital for Diseases of the Throat angestellt. Nach langjähriger Thätigkeit an demselben schied er mit der Majorität seiner Collegen in Folge ernster Differenzen mit dem Verwaltungsrath (vgl. Centralblatt Vol. III, p. 32) im Jahre 1886 aus seiner Stellung, und begründete mit den anderen zurückgetretenen Herren im nächsten Jahre ein neues Hospital für Halskrankheiten (Ibid. p. 417), an dem er bis zur Zeit seines Todes als Senior Physician thätig war. Im Jahre 1887 fungirte er als Vorsitzender der Subsection für Halskrankheiten bei der Versammlung der British Medical Association in Dublin (vgl. Centralblatt Vol. III, p. 356 u. 417) und machte bei dieser Gelegenheit den Vorschlag, eine britische laryngologische Gesellschaft zu gründen (Ibid. Vol. IV., p. 237 u. 294). Der Vorschlag wurde angenommen (Ibid. Vol. V, p. 47), jedoch in einer für den Urheber sehr unerwarteten Weise zur Ausführung gebracht, indem bei der Präsidentenwahl der damals eben aus Deutschland zurückgekehrte Sir Morell Mackenzie zum Präsidenten gewählt wurde (Ibid. Vol. V, p. 88). Die Vorgänge bei der Wahl führten zum Rücktritt vieler Mitglieder (Ibid. p. 88, 130, 368), darunter auch des Begründers der Gesellschaft, Dr. Whistler's selbst. — Erst viele Jahre später trat er wieder in die Gesellschaft ein und fungirte ein Jahr lang als ihr Präsident. Er gehörte auch der Londoner laryngologischen Gesellschaft an.

Dr. Whistler war ein braver, herzensguter, ehrlicher Mann. In Erscheinung, Sprache, Bewegungen der directe Gegensatz seines Bruders, des bekannten impressionistischen Malers, James Whistler, dessen brillanter sprühender Witz und Schlagfertigkeit die Bewunderung Jedermanns erwecken, der das Vergnügen hat, mit ihm in Berührung zu kommen, war unser lieber College von einer Langsamkeit und Bedächtigkeit in Allem, was er dachte, sprach und schrieb, die in ihrer Weise ebenso ungewöhnlich war, wie die quecksilberne Beweglichkeit seines berühmten Bruders. Wohl mancher Zuhörer ist bei seinen Ausführuugen und Demonstrationen ob ihrer Gründlichkeit und Endlosigkeit in stille Verzweiflung gerathen, aber man konnte ihm nicht böse sein: es war die Natur des Mannes, und seine Liebenswürdigkeit entwaffnete alle Regungen von Ungeduld. Als Schriftsteller ist er — wohl auch in Folge seiner übergeossen Gründlichkeit — wenig hervorgetreten. Seine bekanntesten Arbeiten sind die über Syphilis des Kehlkopfs

und über Operationen bei syphilitischen Kehlkopfstricturen, zu deren Beseitigung er den sehr zweckmässigen schneidenden Dilatator ersann, der seinen Namen trägt. — Bei seinen Londoner Collegen war er sehr beliebt und ein freundliches Andenken bleibt ihm gesichert.

William Marcet †.

Am 4. März starb in Lucor, wohin er sich zur Stärkung seiner geschwächten Gesundheit begeben hatte, in seinem 72. Lebensjahre Dr. William Marcet, F. R. S., einer der Pionire der britischen Laryngologie. Schon im Jahre 1869, also unmittelbar nach den ersten Türck-Czermak'schen Publicationen, hatte er ein Werklein: „Klinische Notizen über Kehlkopfkrankheiten" veröffentlicht; später aber widmete er sich allgemeinen Studien über die Physiologie der Respiration, und der jüngeren Generation der Laryngologen dürfte sein Name wenig bekannt sein.

Neues italienisches Specialjournal.

Soeben ist das erste Heft eines neuen von Prof. Giulio Masini (Genua) redigirten Specialjournals: „Annali di Laringologia ed Otologia, Rinologia e Faringologia (Empoli, Tipografia Traversari) erschienen, dessen Characteristicum darin besteht, dass den in italienischer Sprache veröffentlichten Originalartikeln kurze Auszüge in deutscher, französischer oder englischer Sprache folgen, und dass auch die Verhandlungen der italienischen laryngologischen Gesellschaft in französischer Sprache berichtet werden. Der Gedanke, die Kenntnissnahme der Thätigkeit unserer italienischen Specialcollegen auch denjenigen zu erleichtern, welche mit der italienischen Sprache nicht vertraut sind, ist gewiss ein glücklicher und wir wünschen dem jungen Unternehmen den besten Erfolg.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

Die dänische oto-laryngologische Gesellschaft hat in ihrer am 20. Januar 1900 abgehaltenen Sitzung folgende Resolution angenommen:

> Die Versammlung ist der Ansicht, dass Laryngologie und Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Anlässen in selbstständigen von einander getrennten Sectionen vertreten sein sollen.

E. Schmiegelow. A. C. Grönbech. V. Saxtorph Stein. Gottlieb Kiaer. V. Saxild. M. P. Buhl. Vald. Klein. Vincent. Schousboe. K. Nörregaard.

Der fünfundneunzigste Geburtstag Manuel Garcia's.

Wie wir soeben erfahren, hat unser Altmeister Manuel Garcia vor wenigen Tagen (am 17. März) seinen 95. Geburtstag in vollster Frische des Geistes und Körpers begangen. Es wird die Leser des Centralblatts gewiss ebenso freuen wie interessiren, zu erfahren, dass Senhor Garcia auch heute noch mit dem ihm eigenen Enthusiasmus seinem Berufe als Gesanglehrer nachgeht!

Möge ihn sein 100. Geburtstag in gleicher Rüstigkeit finden!

---

72. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Aachen 1900.

Abtheilung für Kehlkopfkrankheiten.

Aachen, im Februar 1900.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Kehlkopfkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu der vom 17. bis 22. September hier stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ganz ergebenst einzuladen.

Da den allgemeinen Einladungen, die Anfangs Juni zur Versendung gelangen werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Ende April bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Es liegt in der Absicht der Geschäftsführung, gemäss dem in früheren Versammlungen hervorgetretenen Wunsche, eine oder mehrere Sitzungen mit einer anderen Section, insbesondere mit der otologischen vereint, abzuhalten.

Wir bitten daher, bei Einreichung der Vorträge uns diesbezügliche Wünsche zu äussern.

Gemäss einer mit den Herren Vorsitzenden der wissenschaftlichen Hauptgruppen getroffenen Verabredung soll einstweilen Mittwoch, der 19. September, für gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen freigehalten werden. Die für diese Verhandlungen in Aussicht genommenen Gegenstände wird die Geschäftsführung zur Zeit bekannt geben.

Der Einführende:

Dr. Schmithuisen,
Specialarzt f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh.,
Alexianergraben 18.

Die Schriftführer:

Dr. Dremmen,
Specialarzt f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh.,
Jesuitenstrasse 3.

Dr. Lieven,
Specialarzt f. Hals- u. Nasenkrankh.,
Harscampstrasse 73.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Mai. 1900. No. 5.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Parotis, Allgemeines etc.

1) **Braden Kyle. Ansprache des Vorsitzenden, gehalten am 16. Mai 1899 in der Pennsylvania State Medical Society (Section für Laryngologie).** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899. The Pennsylvania Med. Journal. Juli 1899.*

K. führt aus, dass die Specialisten sich eine mehr allgemein-medicinische Bildung aneignen müssen, sonst bestehe die Gefahr, dass der Specialismus zu einseitig wird. Redner weist dann auf den Werth der Röntgenstrahlen bei Knochenleiden und Fremdkörpern in den oberen Luftwegen hin. Die Kataphorese ist nicht ohne Werth. Nebennierenextract erweist sich nach seinen Erfahrungen als wohlthuend vor und nach nasalen Operationen und bei tuberculöser Laryngitis: das Orthoform hat sich ziemlich als das einzige neue locale Anästheticum bewährt und wird jetzt viel in Anwendung gezogen. Bei der gewöhnlichen Laryngitis tuberculosa wendet Redner Ichthyol an. Den Nutzen des Heilserums bei Ozaena hat er nicht feststellen können. Die Entfernung der Nasenmuscheln war bis vor Kurzem die am meisten übertriebene Operation in der Nasenchirurgie. Redner berichtet schliesslich über 6 Fälle von Luftansammlung im Antrum (Emphysem), bedingt durch cariöse Zähne; dieselben waren von Ozaena begleitet. Die Durchleuchtung der Nebenhöhlen ist ein werthvolles diagnostisches Mittel.

LEFFERTS.

2) **Jonathan Wright. Weiterer kritischer Bericht über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1899.*

Die neueste Fortsetzung der mehrfach von uns erwähnten Aufsätze beschäftigt sich mit der Frage der Tuberculose vom laryngologischen Standpunkt aus.

LEFFERTS.

3) **Körner** (Rostock). **Die grossherzogliche Universitäts-Klinik für Ohren- und Kehlkopfskranke zu Rostock.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 36.*

Am 25. October 1899 ist in Rostock die neue Klinik für Ohren- und Kehlkopfkranke eröffnet worden. In der Eröffnungsrede weist der Director, Professor Körner, mit Stolz darauf hin, dass seine Klinik die vollkommenste ihrer Art in Deutschland ist, ja dass sie in Europa nur von der Moskauer übertroffen wird. Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwickelung der wissenschaftlichen Ohrenheilkunde betrachtet Redner das Verhältniss dieser Disciplin zur Rhinologie und zur Laryngologie. In Rostock hätte die historische Entwickelung zur Vereinigung dieser Fächer in einem Lehrauftrag geführt. Ob ihre grundsätzliche Verbindung allgemein wünschenswerth und durchführbar wäre, bliebe abzuwarten, „nothwendig ist sie an sich nicht, denn die Laryngologie kann sich ebensogut an die innere Medicin und an die Chirurgie anschliessen, welche Fächer niemals ohne tüchtige laryngologische Kenntnisse und Fähigkeiten auskommen werden". Immerhin ist damit den Kranken wie der Wissenschaft gedient, denn „ein weiteres Gebiet der Thätigkeit hält den Specialisten frei von Einseitigkeit und schafft ihm ein breites Feld für seinen Thätigkeitsdrang, der, wenn in enge Grenzen gezwängt, leicht zur kleinlichen Wichtigthuerei und zur geist- und herzlosen Routine führt."

Die an die Wiedergabe der Eröffnungsrede sich anschliessende, durch Grundrisse und Totalansicht ergänzte Beschreibung der Klinik rechtfertigt vollauf das ihr gespendete Lob. Wir gratuliren dem verehrten Herrn Director herzlich zu dem wohlgelungenen Werk und sprechen die Ueberzeugung aus, dass es für die übrigen deutschen Hochschulen ein leuchtendes, zur Nacheiferung anregendes Vorbild sein wird.

ZARNIKO.

4) **Baurowicz. Bericht aus der Abtheilung des Prof. Pieniazek in Krakau.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1899.*

Von Sclerom der oberen Luftwege wurden 89 Fälle beobachtet, davon stammten aus Galizien 78. In 14 Fällen blieben nach Croup leistenförmige Verdickungen der Seitenwände zurück und führten so zu Larynxstenose; Kehlkopfverengerungen nach tertiärer Lues wurden 8 beobachtet. Bei einem Bruche des Ringknorpels wurde am 6. Tage die Tracheotomie nöthig. Von weiteren selteneren Fällen wurden beobachtet: eine Phlegmone peritrachealis bei Masern, ein Fall von Pemphigus der Schleimhäute, 8 Hämatome des Septum, mehrere Fälle von Sarcoma laryngis, 4 Fälle von Krebs der Luftröhre. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

5) **Hoppe. Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 34. 1899.*

H. beobachtete eine epidemische Erkrankung der Submaxillaris, wobei in einigen Fällen die Parotis mitbefallen wurde. Solche Fälle werden von Penzoldt, Soltmann und Henoch und Wertheimber als „submaxillarer Mumps" beschrieben.

SCHECH.

6) **Trouchet. Behandlung der Parotitis. (Treatment of parotitis.)** *Journal Am. Med. Association. 14. October 1899.*

Rp., Tct. Belladonnae,
Tct. Aconit.
Tct. Opii ana 15,0.

M. d. s. Mehrmals täglich mittelst eines Pinsels auf die geschwollene Partie zu appliciren.

Oder: Ichthyol.
Plumb. jodat. ana 0,9,
Ammon. chlorat. 1,8,
Adeps suilli 30,0.

M. d. s. 3mal täglich zu appliciren; darüber eine Schicht Watte.

EMIL MAYER.

7) **Henry J. Walcott. Parotitis im hohen Alter. (Parotitis in old age.)** *Amer. Journal of Med. Sciences. December 1899.*

Der Fall, welcher letal verlief, betrifft eine $99^1/_2$jährige Person. In der Anamnese ist eine Erkältung angegeben. Sämmtliche Symptome entsprachen einer typischen Parotitis. Die Affection beschränkte sich auf die rechte Seite. Keine Autopsie.

EMIL MAYER.

8) **Mc Intosh. Wahrscheinliches Fortbestehen des Ductus thyro-glossus. (Probable persistence of thyro-glossal duct.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1899.*

21jährige Patientin mit vergrösserter Schilddrüse seit einigen Monaten an einem störenden Ausfluss aus dem Halse leidend, welcher bei Druck auf die Thyroidea zunimmt. Durch Einreibung von Jodoform-Lanolin auf die Drüsengegend wird Heilung erzielt.

ADOLPH BRONNER.

9) **Halter** (Sophienthal). **Ein Fall von Zungenbeinaktinomykose.** Dissertation. Greifswald 1898.

Tilmann fand bei dem 47jährigen Manne, der eine früher schon incidirte Geschwulst in der Zungenbeingegend aufwies und zur Zeit eine Fistelöffnung zeigte, 3 Actinomyces-Herde, den einen hinter dem Zungenbein, einen in der Substanz desselben und einen dritten an der Aussenseite. Heilung.

SEIFERT.

10) **Villani. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Med. Record. 23. Sept. 1899.*

V. behandelte über 400 Fälle mit salzsaurem Phenocol, einer Combination von Phenacetin und Glycocoll. Erwachsene erhielten 2—3 g täglich, Kinder 1 g in Theildosen. Die Temperatur ging danach herunter, der Kopfschmerz verschwand und allmälig wichen auch alle anderen Erscheinungen.

LEFFERTS.

11) **Sargent F. Snow. Nasen- und Ohrencomplicationen bei Influenza-Epidemien. (Nasal and aural complications in epidemic influenza.)** *Journal of the Amer. Med. Assoc. 25. November 1899.*

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Behandlung acuter Erkrankungen

der Nebenhöhlen nach Influenza. Der Verf. empfiehlt den Gebrauch eines Sprays von 2proc. Cocainlösung, danach einen Spray von Jodol, Menthol und Aether (jedes in der Stärke von 1 : 500); zuletzt folgt ein Spray von flüssigem Vaselin. Die ganze Procedur wird 1mal täglich und vom Arzte selbst vorgenommen. Der Patient macht sich ausserdem reichliche Insufflationen mit einer alkalisch-antiseptischen Lösung.

EMIL MAYER.

12) **Chauveau. Rapides Verschwinden adenoider Wucherungen nach Influenza. (Rapid disappearance of postnasal adenoids after influenza.)** *American Pract. and News. 15. December 1899.*

Der Verf. hat in 3 Fällen das schnelle Verschwinden von Adenoiden nach einem Influenzaanfall beobachtet und fordert zur Beachtung des Nasopharynx in allen infectiösen Fieberkrankheiten auf.

EMIL MAYER.

13) **J. Paschkowski. Fall von Akromegalie. (Slutschai akromegalii.)** *Wratsch. No. 4. 1900.*

Ausser Händen und Füssen war das Gesicht sehr beträchtlich vergrössert. Die Länge desselben betrug von der Haargrenze auf der Stirne bis zum Kinn 23cm.

P. HELLAT.

14) **O. Petersen. Behandlung des Lupus nach der Methode von Prof. Finsen. (Letschenie woltschanki po sposobu prof. Finsena.)** *Wratsch. No. 47. 1899.*

P. theilt kurz die Eindrücke mit, die er bei seinem Besuch in Kopenhagen von der Behandlung des Lupus nach Finsen gewonnen hat. Sie sind so günstig, dass P. auch in Petersburg zu dieser Behandlung übergegangen ist. Zunächst wurden nur zwei Patientinnen der Behandlung unterzogen.

P. HELLAT.

15) **G. Betton Massey. Die Behandlung des Krebses durch kataphoretische Diffusion der Oxychlorverbindungen von Quecksilber und Zink. — Massey'sche Methode. (The treatment of cancer by the cataphoric diffusion of the oxychlorides of mercury and zinc. — The Massey method.)** *The Medical Dial. October 1899.*

Verf. beschreibt seine Methode. Er hat mit derselben 8 von 10 operablen und 2 von 16 von inoperablen Fällen geheilt.

EMIL MAYER.

16) **E. Lombard** und **A. Molteni. Eine electrische Bogenlampe zum Laryngoscopiren. (Nota sopia una lampada elettrica ad arco per la laringoscopia.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e di Laringol. Vol. IX. p. 233. 1899.*

Beschreibung einer electrischen Bogenlampe, welche bei 110 Volts und 8 Ampère thätig ist. Sie wurde mit Erfolg im Hôpital Lariboisière zu Paris angewendet.

JAMES DONELAN.

17) **Goldschmidt. Ein Instrumentenständer für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1898.*

Zu haben bei Härtel, Breslau.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **N. Rimscha. Nasenpolyp.** Gesellsch. pract. Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Demonstration eines grossen Nasenpolypen, dessen untere Hälfte gangränös ist. P. HELLAT.

19) **W. R. Coston. Ein 30 g schwerer, 3¹/₄ Zoll langer Nasenpolyp, entspringend vom Nasenseptum bei einem 12jährigen Kinde. (A nasal polypus weighing an ounce and 3¹/₄ inches long, springing from the nasal septum of a child of 12.)** *N. Y. Med. Journal. 5. August 1899.*

Ein Interesse boten folgende Punkte: Die beträchtliche Grösse des Polypen, das Alter und Geschlecht des Patienten (12jähriges Mädchen), das Entspringen vom Nasenseptum und die Beseitigung durch manuelle Abreissung. LEFFERTS.

20) **M. Breitung** (Coburg). **Schwerer gefahrdrohender Collaps nach der Operation von Nasenpolypen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1899.*

Patient ein hoher Fünfziger, Arteriosclerose, Herzaction unregelmässig. Entfernung von 15 grösseren Polypen ohne Cocainisirung. Nach circa 30 Minuten, während der Entfernung des letzten grösseren Polypen, trat Collaps ein. Künstliche Athmung durch $^3/_4$ Stunden und dann Cognak. B. empfiehlt in solchen Fällen sofortige und lange Zeit zu vollführende künstliche Athmung. CHIARI.

21) **Sendziak. Aussergewöhnlicher Fall von Fibrom der Nase. (Extraordinary case of fibroma of the nose.)** *Amer. Journal Med. Sciences. Juli 1899.*

Eine beträchtliche Geschwulstmasse wurde nach vielen Versuchen mit der kalten Schlinge entfernt, wobei sich eine grosse Quantität von seröser Flüssigkeit entleerte. Verf. nimmt an, dass die Bildung der Cyste im sarcomatösen Gewebe wahrscheinlich das Resultat des durch die wiederholten Operationen bedingten Reizes gewesen ist. EMIL MAYER.

22) **J. Cisneros** (Madrid). **Cysten der Nasenhöhlen. (Quistes nasales.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 16. 1899.*

Bericht über 4 vom Verf. beobachtete Fälle von Nasencysten. R. BOTEY.

23) **J. Pérez M. Caro** (Madrid). **Ein weiterer Fall von Nasencyste. (Un caso más de quiste nasal.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 18. 1899.*

Die Cyste sass an der inneren unteren Fläche des rechten Nasenflügels und erschwerte die Nasenathmung. Behandlung mittelst Punction und Injection von Jod-Jodkalilösung. R. BOTEY.

24) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Cystom der unteren Muschel bei einem 15jährigen Mädchen. (Cystoma of the inferior turbinated in a girl aged 15 years.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Die Geschwulst entsprang vom hinteren Drittel der linken unteren Muschel

und hing in den Nasopharynx hinab, der zum grösseren Theil davon ausgefüllt war.

A. J. BRADY.

25) **Coomes. Grosse vasculäre Tumoren der Nase und des Pharynx. (Large vascular tumors of the nose and pharynx.)** *The Medical Standard. Juli 1899.*

Bereits referirt.

EMIL MAYER.

26) **Tschlenow** (Warschau). **Eine blutende Geschwulst der Nase.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 30. 1899.*

Der Tumor wurde klinisch als Sarcom diagnosticirt, histologisch stellte sich seine Gutartigkeit (?) heraus. Es bestand Nekrose der Nasenknochen. T. möchte in Ermangelung sonstiger Erscheinungen Lues ausschliessen.

CHIARI.

27) **G. Martuscelli. Ein Angioma simplex der Nasenhöhle. (Angioma semplice della fossa nasale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Der in der rechten Nasenhöhle eines 13jährigen Knaben sitzende Tumor von auffallend dunkelrother Farbe wurde mit der kalten Schlinge entfernt und zeigte sich bei der histologischen Untersuchung fast ganz aus Blutgefässen bestehend, zwischen welchen ein bald weiches, bald festes Bindegewebe mit theilweiser kleinzelliger Infiltration angeordnet war.

FINDER.

28) **Harmer** (Wien). **Schilddrüsenmetastasen in der Nasenhöhle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1899.*

Es handelte sich um ein Carcinom der Schilddrüse mit einer Metastase an der Schädelbasis mit Affection der Augenmuskel- und Sehnerven und mit Durchbruch in die Nasenhöhle. Als Ausgangspunkt ist mit grösster Wahrscheinlichkeit die Keilbeinhöhle anzunehmen. Bezüglich des Weges der Metastasirung nimmt H. das Uebergreifen der Neubildung auf die Venen mit Embolie an. Besonders aufmerksam wird auch auf das Auftreten von Basedow-Symptomen gemacht. Die Diagnose wurde histologisch gestellt.

CHIARI.

29) **Pluder** (Hamburg). **Fibrosarcom der rechten Nase und des Nasenrachens. Electrolyse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 42.*

26jähriger Patient, dem vor 3 Jahren nach temporärer Oberkieferresection ein mächtiger, die rechte Nase, die Kieferhöhle und den Nasenrachen ausfüllender Tumor (Fibrosarcom) entfernt war. Nach 1 Jahr Recidiv, fast ebenso gross wie der ursprüngliche Tumor. Pl. zerstörte die Geschwulst mit der Electrolyse (40 bis 50 bis 100 M.-A.) innerhalb $^3/_4$ Jahren. Seit $1^1/_2$ Jahren kein Recidiv.

ZARNIKO.

30) **A. R. Baker. Adenosarcom des Nasenseptum. (Adeno-sarcoma of the nasal septum.)** *Laryngoscope. October 1899.*

Wird in den Verhandlungen der 50. Versammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie) Juni 1899 referirt werden.

EMIL MAYER.

31) **Boudiu** (Lyon). **Nasenhöhlensarcom. (Sarcome des fosses nasales.)** *Soc. des Sciences méd. de Lyon. Januar 1899.*

Der 65jährige Patient leidet seit zwei Jahren an Nasenverstopfung und Ausfluss eines serös-schleimigen, nicht putriden Secrets. Seit 6 Wochen Nasenbluten, rechtsseitiger Exophthalmus und Sichtbarwerden eines Tumors an der Nasenwurzel, der auf den Sinus frontalis und den Pharynx übergriff. Die von Jaboulay ausgeführte Operation bestand in einer kreuzförmigen Incision an der Nasenwurzel, Trepanation des Sinus frontalis, der ganz von der Neubildung ausgefüllt war, und in einer totalen Ausschälung des Tumors sammt seinen nasalen und pharyngealen Fortsätzen. Die Heilung erfolgte ohne Störung, jedoch mit einem fast completen Schwund des Sehvermögens am rechten Auge.

PAUL RAUGÉ.

32) **Kanasugi** (Tokio). **Sarcom in der Nasenhöhle.** *Chugai Ijishimpo. Februar 1899.*

Eine weiche blutende Geschwulst im linken mittleren Nasengange bei einer 50jährigen Frau, mit gleichseitigem Exophthalmus und Schmerzhaftigkeit der Keil- und Siebbeinhöhle. Die klinische Diagnose wird durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

OKADA.

33) **A. S. Marthin. Primäres polymorphes Sarcom der Nase mit allgemeiner metastatischer Sarcomatose. (A primary polymorphous-cell sarcoma of the nose, with universal metastasis.)** *N. Y. Med. Journal. 24. Juni 1899.*

Der Fall betrifft einen 39jährigen Mann, bei dem keine Operation ausgeführt wurde. Pat. starb 18 Monate nach dem ersten Erscheinen der Neubildung. Besonders interessant waren die weit verbreiteten Metastasen.

LEFFERTS.

34) **Thos. J. Harris. Fünf Fälle von primärem Nasensarcom. (Primary sarcoma of the nose with a report of five cases.)** *Phil. Monthly Med. Journal. Juni 1899. Journal Amer. Med. Assoc. August 1899.*

Drei der mitgetheilten Fälle betrafen Männer, zwei Frauen. Das Alter schwankte zwischen 27 und 59 Jahren. Als Frühsymptome stellten sich Nasenblutungen und -Verstopfung ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab je ein Adeno- und Myxosarcom, ein aus kleinen Rundzellen bestehendes und zwei Spindelzellensarcome. Ein wichtiges ätiologisches Moment für die verschiedensten Arten des Nasensarcoms sollen Degenerationen der Nasenpolypen abgeben. Ihren Ursprung nehmen sie am häufigsten vom knorpligen Theil des Septum.

EMIL MAYER.

35) **M. D. Lederman. Endotheliales Nasensarcom. (A case of endothelial sarcoma of the nose.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Casuistische Mittheilung.

EMIL MAYER.

36) **Giulio Martuscelli. Die prognostische Bedeutung einiger Nasensarcome. (Significato pronostico di alcuni sarcomi nasali.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Juli 1898.*

Verf. hat beobachtet, dass die Sarcome in der Nasenhöhle sich von denen

anderer Körperregionen häufig durch einen viel gutartigeren Verlauf und geringere Neigung zu Recidiven unterscheiden. Als Grund hierfür glaubt er annehmen zu dürfen, dass jene Tumoren infolge langsamer Transformation aus den gewöhnlichen Nasenpolypen entstehen; ferner hat ihn die genaue histologische Untersuchung gelehrt, dass diese durch ihr verhältnissmässig gutartiges Verhalten ausgezeichneten Sarcome in der That eigentlich Endotheliome sind, d. h. Tumoren, deren Ursprung von dem Endothel der Lymphgefässe oder Blutcapillaren sich genau verfolgen lässt. Daneben kommen natürlich in der Nase auch Sarcome im eigentlichen Sinne vor, die sich durch ihr rapides Wachsthum, ihr Uebergreifen auf die Knochen und ihren letalen Verlauf als solche kennzeichnen. FINDER.

37) **M. L. Heidingsfeld. Nasenepitheliom. (Epithelioma of nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. Juli 1899.*

Eine kurze casuistische Mittheilung. EMIL MAYER.

38) **Bronner. Tubulöses Nasenepitheliom. (Tubular epithelioma of the nose.)** *American Journal Med. Sciences. Juli 1899.*

Die Geschwulst wurde vor 10 Jahren beseitigt. Kein Recidiv.

EMIL MAYER.

39) **E. Eliot jr. Epitheliom der Nasenflügel. Resultat der Exstirpation. (Epithelioma of the alae nasi. Result of exstirpation.)** *Annals of Surgery. Juli 1899.*

Der nach Beseitigung des Gewächses entstandene Defect wurde durch eine plastische Operation corrigirt. Hierbei wurde ein dem anliegenden Wangengewebe entnommener Lappen verwendet. EMIL MAYER.

40) **Albert H. Freiberg. Ein Fall von Epitheliom des linken Nasenflügels. (A case of epithelioma of the left ala nasi.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 21. October 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt. EMIL MAYER.

41) **Pozzi** (Paris). **Rhinoplastik bei Nasenepitheliom. (Autoplastie pour épithéliome du nez.)** *Société de Chirurgie. Mai 1899.*

Der durch Abtragen der Neubildung entstandene Defect wird durch einen umgeschlagenen Frontallappen ausgeglichen. PAUL RAUGÉ.

42) **E. W. Day. Zwei Fälle von maligner Geschwulst mit Betheiligung der Nase. (Two cases of malignant growth involving the nares.)** *Philad. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Im ersten Falle wurde der Oberkiefer excidirt und ein in den Rachen hineinragender stark eigrosser Tumor entfernt. Die Geschwulst war wahrscheinlich ein Sarcom, doch fehlt die mikroskopische Untersuchung. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Zwischenfall. — Der zweite Fall betraf einen Mann mit schwerem, nicht stillbarem Nasenbluten. Es wurde das Antrum eröffnet und eine Quantität Eiter, sowie ein kleineigrosser Tumor von carcinomatösem Bau entfernt. Der

Kranke starb 10 Tage später an eitriger Meningitis. In beiden Fällen wurde nicht tracheotomirt, sondern in der Narkose am hängenden Kopfe operirt.

EMIL MAYER.

43) **Jonathan Wright. Maligne Erkrankungen der Nase und des Halses. (Malignant disease of nose and throat.)** *Journal American Medical Association. 8. Juli 1899.*

Der ungewöhnliche Verlauf bösartiger Tumoren, welche ohne Operation in Heilung übergehen, zwingt uns zu der Annahme, dass der mikroskopische Befund sich in manchen Fällen nicht vereinbaren lässt mit der jetzt allgemein üblichen Deutung bestimmter Arten von Zellgewebswucherungen.

Adenom der Nase ist selten und hat eine sehr grosse Tendenz, später bösartig zu werden. Spindelzellen-Endotheliome und Angiosarcome des Nasenseptum haben oft einen gutartigen Verlauf und recidiviren nicht. Soweit der klinische Verlauf, die Prognose und Therapie in Betracht kommen, ist es von geringem Werth, ob wir es mit einem Adenosarcom oder Adenocarcinom zu thun haben. Kleine Rundzellensarcome der Fauces sind gewöhnlich inoperabel. Aus dem Larynx soll man möglichst grosse Partien entfernen, und falls die mikroskopische Untersuchung der Theile eine maligne Neubildung feststellen lässt, ist die Radicaloperation auszuführen.

Carcinom der Kehlkopftaschen kann den darunter liegenden Knorpel infiltrirt und zerstört haben und sich direct in das peri-laryngeale Gewebe fortpflanzen, ohne im Kehlkopfspiegel oder bei der äusseren Palpation Anhaltspunkte zu geben, welche die Ausdehnung der Erkrankung verrathen. Pachydermia verrucosa laryngis zeigt häufig ein recht buntes histologisches Bild, welches Epitheliomen ähnlich sieht.

Es ist geradezu unmöglich die differentialdiagnostischen Momente der malignen Erkrankungen des Larynx im Initialstadium erschöpfend aufzuzählen, da jeder Fall seine besondere Combination von Symptomen aufweist. EMIL MAYER

44) **Róna** (Budapest). **Ueber Rhinosclerom.** *Archiv f. Dermat. 49. Bd. 1899.*

An der Hand von 16 Fällen von Rhinosclerom sucht R. die Verbreitungsverhältnisse dieser Krankheit in Ungarn festzustellen. Entsprechend der Anschauung, dass Rhinosclerom en miniature gerade so eine endemische Krankheit ist wie die Lepra, zeigt sich aus den Zusammenstellungen von R. über die muthmassliche Ausbreitung in Ungarn, dass dieses Land den vierten Platz unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms einnimmt und demnach ein Rhinosclerомgebiet darstellt.

SEIFERT.

45) **Bunzl-Federn** (Prag). **Sclerom der oberen Luftwege.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. Februar 1899. *Prager medicin. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Es handelt sich um einen Fall von Rhino-Laryngo-Trachealsclerom mit bacteriologisch und mikroskopisch positivem Befund, der mit Curettage und Intubation behandelt wurde. — Wölfler macht in der Discussion darauf aufmerksam, dass besonders die slavische Rasse für diese Erkrankung disponirt erscheine.

CHIARI.

46) **Joseph A. White. Augenstörungen infolge von Erkrankungen des Nasenrachenraums und der Ohren. (Eye troubles attributable to naso-pharyngeal and aural disturbances.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 11. November 1899.*

Die Erkrankung wird vom Nasenrachenraum auf die Augen übertragen durch directes Fortkriechen der Bacterien längs des Thränencanals, durch mechanische Verstopfung des Ductus nasalis am unteren Ende oder in seinem Verlaufe, durch Fortpflanzung auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässe, durch toxische Producte oder endlich reflectorisch durch Vermittlung der Nerven. EMIL MAYER.

47) **Paul Gallois. Die rheumatische Angina und die Hypothese des nasopharyngealen Ursprungs des Rheumatismus. (L'angine rhumatismale et l'hypothèse d'une origine naso-pharyngienne du rhumatisme.)** *Bulletin médical. 11. Januar 1899.*

Es besteht eine gewisse Neigung, in der Angina der Rheumatiker nicht eine erste Aeusserung des Rheumatismus zu erblicken, sondern eine gewöhnliche Angina, die jedoch auf irgend eine Weise dem specifischen oder nicht-specifischen Erreger des acuten Gelenkrheumatismus den Eintritt eröffnet.

G. nun nimmt an, dass die chronischen Affectionen des Nasenrachenraums, die bei jungen Kindern so gewöhnlich sind, in Bezug auf die Secundärinfectionen dieselben Gefahren bieten, wie die acuten Anginen. Und fast bei allen Kindern mit Nephritis oder Herzaffection, die er beobachtete, konnte er adenoide Vegetationen constatiren. Es wäre von Interesse, die Rheumatiker daraufhin zu untersuchen, ob sie chronische Störungen im Nasenrachen haben. PAUL RAUGÉ.

48) **Gaston. Behandlung der Rhinopharyngitis bei kleinen Kindern. (For rhinopharyngitis in young children.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899. Journ. Am. Med. Assoc. 2. September 1899.*

G. empfiehlt 3- oder 4mal täglich spitz zusammengerollte Wattetampons mit Borvaselin in die Nase einzuführen; es kann ein Adstringens hinzugefügt werden, etwa:

Antipyrin 0,48—0,96
Ac. borici 0,36
Vaselin 18,75.

Ist das Kind sehr ungeberdig, so dass die Einführung der Tampons nicht gelingt, so instillire man in jedes Nasenloch Morgens und Abends 1 oder 2 Tropfen folgender Mischung:

Menthol 0,48
Ol. amygdal. dulc. 3,75.

Scheint directe Behandlung des Pharynx erforderlich, so pinsele man denselben mit Jod in Glycerin (zu gleichen Theilen) oder mit

Jodi 0,36
Kalii jodati 1,8
Ol. Menth. piper. gtt. 4.
Glycerin 18,75.

LEFFERTS.

49) **Redact. Notiz. Gegen Nasenrachenraumentzündung. (For rhinopharyngitis.)** *Dunglison's College and Clinical Record. 15. Mai 1899.*

Rp. Antipyrin 0,5
Petrolatum 24,0
Acid. boric. 4,0.
S. In die Nasenhöhle einzuführen.

Rp. Menthol 0,2
Ol. Olivae 16,0.
S. In die Nase einzuträufeln.

Rp. Aristol
Lactose ana 4,0
Alumin. aceto-tartar. 4,0.
S. In die Nase einzublasen.

EMIL MAYER.

50) **R. R. Stawell** (Melbourne Victoria). **Chronische Verdauungsstörungen bei Kindern. (Chronic intestinal indegestions in children.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. Juni 1899.*

Verf. hat constatirt, dass diese Störungen häufig verbunden sind mit einer ausgesprochenen Nasopharyngitis, mit Ansammlung von schleimig-eitrigem Secret an der hinteren Pharynxwand und mit adenoiden Vegetationen. Damit die Behandlung der intestinalen Störungen schnell zum Ziele führt, ist es nothwendig, dass die Vegetationen entfernt werden.

A. T. BRADY.

51) **E. Audat. Rhinopharyngitis bei Kindern. (Rhino-pharyngitis in children.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Adenoide Vegetationen sind häufiger die Folge als die Ursache dieses Leidens. Die Affection ist ernst wegen ihrer Hartnäckigkeit und der Complicationen, welche sich trotz aller Sorgfalt entwickeln können.

EMIL MAYER.

52) **L. Krilitschewski. Vergrösserung der Milz in Folge von chronischem Nasenrachencatarrh. (Uwelitschenie selesenki na potsche satjashnowo wospolenija nosoglototschnawo prostranstwa.)** *Wratsch. No. 34. 1899.*

Es bestanden Fieberbewegungen. Daher hat die Milzvergrösserung nichts Auffälliges.

P. HELLAT.

53) **T. J. Harris. Chronische Pharyngitis und Nasopharyngitis; ihre Aetiologie und ihre nicht-locale Behandlung. (Chronic pharyngitis and naso-pharyngitis. Etiology and treatment, other than local.)** *Post Graduate (N. Y.). März 1899.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **A. Jacobi. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic naso-pharyngeal catarrh.)** *Philadelphia Medical Journal. 11. März 1899.*

In Fällen von chronischem Nasenrachencatarrh mit vergrösserten Drüsen am Halse empfiehlt Verf. 2—3mal täglich Irrigation der Nase mit warmem Salzwasser,

wenn die Kinder grösser sind, auch Gurgelungen. Ein Zusatz von 10 pCt. Alaun ist oft nützlich. Die Behandlung kann Jahre hindurch erforderlich sein. Ein Spray von Argent. nitric.-Lösung 1 : 500 oder 1000 ist angebracht, wenn Erosionen da sind. Verf. sah Nutzen von Tct. Pimpinellae Saxifragae bei subacuter und chronischer Pharyngitis und Laryngitis; die Dosis ist 2 g in Glycerin und Wasser für Erwachsene, für Kinder entsprechend kleiner. EMIL MAYER.

55) **G. F. Hawley. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic post-nasal catarrh.)** *The Chicago Clinic. December 1899.*

Verf. führt ein Sprayrohr durch die Nase bis in den Nasenrachenraum und erreicht damit eine vollkommene Reinigung des letzteren. Er rühmt seine Behandlungsresultate. EMIL MAYER.

56) **D. Braden Kyle. Syphilis des Nasenrachenraums. (Syphilis of the nasopharynx.)**

57) **E. B. Gleason. Dasselbe.** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Vorstellung je eines Falles. Nichts Besonderes. EMIL MAYER.

58) **P. S. Donnellan. Ein Fall von hereditärer Syphilis des Nasenrachenraums zur Zeit der Pubertät. (A case of hereditary syphilis of the naso-pharynx at puberty.)** *North Americ. Med. Review. März 1899. Journal Eye, Ear and Throat Diseases. April 1899.*

Nicht wenige Fälle dieser Art werden als Lupus oder Eczem behandelt.

EMIL MAYER.

59) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Fall von Fremdkörper im Nasenrachenraum. (Case of foreign body in the nasopharynx.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Februar 1899.*

45jährige Frau. Der Fremdkörper erwies sich als eine schilfartige Faser. Eine ähnliche war unterhalb der rechten unteren Muschel gelegen und entfernt worden. Die Anamnese ergab, dass vor 15 Monaten ein Laminariastift in den Thränencanal eingelegt worden war. Von diesem konnte nur ein Theil entfernt werden und es wurde der Versuch gemacht, den Rest in die Nase zu stossen.

A. J. BRADY.

60) **H. S. Birkett. Fremdkörper im Nasenrachenraum seit 18 Jahren. (Foreign body in the nasopharynx for eighteen years.)** *Montreal Med. Journal. Juni 1899.*

Der Fremdkörper, der in Narkose entfernt wurde, erwies sich als ein gewöhnlicher Fingerhut, der mit Salzen inkrustirt war. Er hatte mit seiner Längsfläche quer im Rachen gelegen, den Eingang der Eustachischen Tube verdeckend.

EMIL MAYER.

61) **Max Thorner. Ein Nasenrachenraumpolyp von enormer Grösse. (A nasopharyngeal polypus of enormous size.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899.*

Der längste Durchmesser des Tumors betrug $2^3/_4$ Zoll, die Dicke $1^3/_8$ Zoll, das Gewicht ca. 35 g. Th. konnte einen Fall von Tumor des Nasopharynx von ähnlicher Grösse in der Literatur nicht finden. LEFFERTS.

62) **Max Thorner. Nasenrachenraumpolypen von enormer Grösse. (Naso-pharyngeal polypi of enormous size.)** *Laryngoscope. April 1899.*

Der Polyp, der mit der hinter dem Gaumen nach oben geführten kalten Schlinge en masse entfernt wurde, wog 50 g.

EMIL MAYER.

63) **W. Moore** (Melbourne). **Ein Fall von Nasenrachenraumgeschwulst exstirpirt nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. (Case of nasopharyngeal tumour. Removal after osteo-plastic resection of upper jaw.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. März 1899.*

Pat. war ein Knabe von 14 Jahren. Es wurde zuerst die Carotis externa unterbunden und eine hohe Tracheotomie gemacht; dann wurde der Oberkiefer resecirt und die Geschwulst, die vom Keilbeinkörper ausging, exstirpirt, zugleich mit einer dünnen Schicht des Knochens. Der Kiefer wurde nun replacirt und genäht. Der Tumor erwies sich als ein Fibroid. Der Pat. genas.

A. J. BRADY.

64) **T. Gibb Wishart. Nasenrachenpolyp. (Naso-pharyngeal polypus.)** *Journ. of the American Med. Association. 2. December 1899.*

Muco-fibröser Polyp von $3^1/_2$ Zoll Länge unter Chloroformnarkose entfernt bei einem 8jährigen Knaben. Demonstration des Tumors und Vorstellung des Patienten.

EMIL MAYER.

65) **F. Rueda** (Madrid). **Ein einfaches Verfahren zur Exstirpation der Nasenrachenpolypen. (Un procedimiento sencillo para la extraccion de los polipos naso-faringeos.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 5. August 1899.*

Das von R. angegebene Verfahren betrifft die Anwendung einer Seiden- und Platinschlinge, ist leicht ausführbar und belästigt kaum den Patienten. Es ist für alle Grössen von Polypen anwendbar und verhütet auch eine Hämorrhagie.

R. BOTEY.

66) **P. Naab. Die chirurgische Behandlung der Nasenrachenfibrome.** Aus der Heidelberger chirurg. Klinik. *Beitr. z. klin. Chir. XXII. 1898.*

Mittheilung von 11 Fällen, die Czerny operirt hat. Sie kommen ausschliesslich im jugendlichen Alter (10—25 Jahren) und fast immer bei männlichen Patienten vor; sie gehen meist von dem Bindegewebe einer Wand des Nasenrachens aus. Gewöhnlich zeigen sie eine breite Basis; später können sie secundäre Verwachsungen eingehen.

Sie machen Blutungen, treiben das Gesicht in der Nasenwangengegend auf, verursachen Exophthalmus, Strabismus, fötiden Nasenausfluss, Kopfschmerzen, Athem- und Schlingbeschwerden. Sie können, obwohl sie pathologisch-anatomisch benigne Tumoren darstellen, sarcomatös degeneriren und die Prognose trüben; klinisch muss man ihnen freilich auch ohne die Degeneration eine gewisse Malignität zusprechen. Es müssen immer erst wiederholte Versuche gemacht werden, die Geschwulst per vias naturales zu entfernen; zeigt ein excidirtes Stück eine sarcomatöse Entartung, lässt die Blutung sich nicht beherrschen, ist das Wachsthum sehr stark oder treten Hirnerscheinungen hinzu, so muss man unverzüglich

zur Radicaloperation auf künstlich geschaffenem Wege (Oberkieferresection event. in Verbindung mit temporärer Resection der Nase) schreiten. A. ROSENBERG.

67) **Preindlsberger** (Serajewo). **Chirurgisch casuistische Mittheilungen. Zwei Fälle von Nasenrachenfibromen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1899.*

P. bespricht zunächst die verschiedenen Behandlungsmethoden der Tumoren des Nasenrachenraums und zählt drei Arten der Entfernung dieser Tumoren auf:

1. die Entfernung der Geschwulst per vias naturales,
2. die Entfernung der Geschwulst nach einer vorbereitenden Operation vom Munde oder vom Gesicht aus,
3. die Ausführung der zweiten Methode nach präliminarer Tracheotomie oder Unterbindung der Carotis externa.

Nach genauer Erörterung der Vortheile und Nachtheile der einzelnen Methoden, namentlich der verschiedenen Angaben bezüglich der temporären Oberkieferresection, finden sich zwei Krankengeschichten mitgetheilt, aus denen hervorgeht, dass P. als vorbereitende Operation die temporäre Resection des Oberkiefers nach v. Langenbeck ausführte, sich jedoch in einem Falle nicht streng an die von Langenbeck angegebene Reihenfolge der Operationsacte hielt, indem er die Durchtrennung des Oberkiefers über den Alveolarfortsätzen als letzten Act des vorbereitenden Theiles der Operation ausführte und zwar mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer rascheren Blutstillung. Präliminare Tracheotomie und die präliminare Unterbindung der Lingualis hält P. für äusserst selten nöthig.

CHIARI.

68) **Hopmann. Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

H. spricht sich nochmals gegen die Spaltung des Velum als Voroperation aus und betont die Möglichkeit, selbst umfangreiche Recidive harter Basisfibrome ohne Voreingriffe auszurotten. Sodann wird die Kranken- und Operationsgeschichte eines von ihm behandelten 11jährigen Knaben mitgetheilt. Derselbe war durch Blutungen und mangelhafte Ernährung sehr herabgekommen; der Tumor füllte den ganzen Nasenrachenraum und die Nase aus und war durch das Velum ein grosser Tumor in die Mundhöhle hineingewachsen. Die Nachbehandlung bestand in Ausfüllung der zu einer grossen Höhle vereinigten Nasenhälften mit Verbandmullstreifen, um die Secrete aufzusaugen, flüssig zu erhalten und fortzuschaffen und endlich auch noch um die Deglutition zu erleichtern und die Sprache zu verbessern, was auch sofort gelang. SCHECH.

69) **Hirschl** (Wien). **Carcinoma cylindromatosum.** Verein für Psychiatrie und Neurologie, Sitzung vom 21. Februar 1899. *Wiener klinische Wochenschrift. No. 10. 1899.*

Demonstration eines histologischen Präparates. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Carc. cylindrom. handelt, das von den Schleimdrüsen des Schlundgewebes ausgehend sich in die mittlere, dann in die hintere und vordere Schädelgrube ausgebreitet hat. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

70) **Fritz Danziger** (Beuthen O./S.). **Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1900.

Die Untersuchungen des Verf.'s über die Missbildungen der Kiefer und ihre Ursachen haben ihn zu Ergebnissen geführt, die den bis dahin ausgesprochenen in vielen Punkten widersprechen. — Er behandelt 1. die abnorme Höhe des Gaumens. Hierbei muss die Lage der Raphe berücksichtigt werden, und man hat nicht einfach von einem „hohen Gaumen", sondern von einem „seitwärts geschobenen, erhöhten und gedrehten Gaumen" zu sprechen. Durch schematische Zeichnungen beweist Verf., dass die mit einem difformirten Gaumen verbundenen Septumanomalien sich nach einfachen mechanischen Gesetzen hieraus ableiten lassen. 2. Der Alveolarbogen ist beim abnormen Gaumen länger als in der Norm, die eine Seite übertrifft die andere an Länge und Breite, der vordere Theil des Gaumens ist nach der Seite ausgebogen und der Gaumenbogen ist V-förmig gestaltet. 3. Abnormitäten der Zahnstellung sind nicht hervorgerufen durch Platzmangel, sondern durch dieselben mechanischen Ursachen, die die Gaumendifformität bedingen: die Zahnkeime werden zugleich mit dem Knochen aus ihrer Richtung verdrängt und gedreht. Diese Verhältnisse werden zum Theil durch schematische Zeichnungen, zum Theil durch eine Anzahl wohlgelungener Photogramme veranschaulicht.

Als Ursache der Gaumenverbildung ist die Mundathmung nicht anzusehen. Verf. spricht sich vielmehr unter Berufung auf pathologische und anthropologische Ermittelungen dahin aus, dass die Kieferverbildung nur eine Theilerscheinung allgemeiner Schädelverbildung ist, vorzugsweise bedingt durch abnorme Kürze der Distanz zwischen Nasenbeinansatz und Hinterhauptsloch. Nicht also ist die Mundathmung Ursache der Gaumenverbildung, sondern die Gaumenverbildung und die sie begleitende Engigkeit von Nasenrachen und Nasenhöhlen erleichtert das Zustandekommen der Mundathmung.

Weitere eingehende Betrachtungen sind dem Zusammenhange der Gaumenverbildungen mit Astigmatismus, Strabismus, Retinitis pigmentosa und mit Taubstummheit gewidmet. Sie lassen sich in einem Referat nicht annähernd verständlich machen, sollten hier aber angeführt sein, um anzudeuten, von wie weiten Gesichtspunkten Verf. sein Thema behandelt, wie er von den verschiedensten Seiten herantretend überall neue und interessante Lichter aufzusetzen versteht. Durch diese Betrachtungsweise hat sich Verf. ein grosses Verdienst erworben, das nicht geschmälert werden wird, wenn sich vielleicht später diese oder jene Schlussfolgerung als zu weitgehend erweisen sollte.

Wir können das Studium des interessanten Buches den Fachgenossen warm empfehlen.

ZARNIKO.

71) **Gutzmann** (Berlin). **Zur Behandlung des angeborenen Gaumendefectes.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 10. 1899.*

Die Anlegung eines Obturators lässt G. immer nur dann anwenden, wenn

die Patienten sich weigern, die Operation an sich vornehmen zu lassen oder die Angehörigen Einsprache dagegen erheben oder wenn der Defect so gross ist, dass seine operative Schliessung mit nachfolgender richtiger sprachlicher Function von vornherein aussichtslos erscheint. Demgegenüber bietet die Operation grosse Vorzüge, sie soll zu einer Zeit ausgeführt werden, dass die sich an die Operation anschliessende sprachliche Behandlung vollständig beendet ist, wenn der Patient 6 Jahre alt und damit schulpflichtig wird.

SEIFERT.

72) **Broeckaert. Ueber die Aetiologie von gewissen congenitalen Anomalien des Gaumensegels. Analyse. (Sur l'etiologie de certaines anomalies congénitales du Voile du Palais; Analyse.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juni 1899.*

Der Autor bespricht die congenitalen Dehiscenzen der Gaumenbögen und citirt diesbezüglich 5 Fälle, welche zu beobachten er Gelegenheit hatte. Er betrachtet dieselben als Resultat einer „Aplasie“, eines Bildungsfehlers, beruhend wahrscheinlich auf einer „Gefässverletzung“, „einer primitiven Ernährungsstörung“.

BAYER.

73) **Weiss** (Wien). **Linksseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, rechtsseitige Gaumenspalte.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte, Sitzung vom 3. Februar 1899. *Wien. klin. Wochenschr. No. 6. 1899.*

W. will mit diesem Falle nur die schon bekannte Aetiologie der Gesichtsspalten durch die sogen. Simonart'schen Ligamente streifen.

CHIARI.

74) **Ch. Philippe. Bemerkungen über einen Fall von Uranostaphylorrhaphie. Heilung. (Note sur un cas d'urano-staphylorrhaphie; guérison.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 18. 1899.*

Congenitale Fissur des weichen Gaumens bis an den harten Gaumen in der Höhe der ersten kleinen Backenzähne sich erstreckend. Operation. Nichts Besonderes.

BAYER.

75) **Tandler** (Wien). **Zur Entwickelungsgeschichte des Uranoschisma.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1899.*

T. führt mehrere Gründe an, welche darthun, dass die Pharynxtonsille weder für den totalen, noch für den partiellen Gaumendefect ein ätiologisches Moment abzugeben im Stande ist.

CHIARI.

76) **Wolff. Gaumenspalten-Operationen. (Cleft palate operations.)** *University Medical Magazine. November 1899.*

Von 66 Kindern im Alter von weniger als 1 Jahr wurden 45 durch die Operation geheilt. Bei 14 war das Resultat unvollständig oder die Fäden rissen aus. Bei 7 war der Ausgang ein unglücklicher. Verf. operirt die Hasenscharte wenige Tage nach der Geburt. Die Gaumenspalte wird geschlossen in 3 Sitzungen mit je 7—8 Tagen Zwischenraum. In der ersten Sitzung wird rechts ein Schleimhaut-Periostallappen abgelöst, in der zweiten Sitzung ein eben solcher links, in der dritten werden die Nähte gelegt und beide Lappen vereinigt. Verf. rühmt die vortrefflichen Resultate, die er auf diese Weise erzielt.

EMIL MAYER.

77) **Stewart L. Mc Curdy. Einige Details der Gaumenspaltenoperationen. (Detail in cleft palate operations.)** *Journal of the American Medical Association. 28. October 1899.*

Beschreibung der gewöhnlichen Operationen, deren Technik Verf. einige kleine Verbesserungen zugefügt hat. EMIL MAYER.

78) **James F. Mc Kernon. Beitrag zur Technik der modernen Uranoplastik. (A contribution to the technique of modern uranoplasty.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Verf. führt zuerst die Tracheotomie aus, und tamponirt den Pharynx mit steriler Gaze. Die Narkose wird durch die Trachealcanüle unterhalten. Zum Anfrischen der Ränder des weichen und harten Gaumens zieht Verf. die Scheere vor, deren Schnitt eine glatte Oberfläche hinterlässt. Dann führt er einen Bogenschnitt am Rande des harten Gaumens bis auf den Knochen und hebt das Periost auf. Tiefe Silbernähte sind vorzuziehen und erst nach mehreren Wochen zu entfernen. Der Mund wird mit steriler Gaze ausgestopft. Die Trachealcanüle wird nach etwa 12 Tagen herausgenommen und die Wunde zum Verheilen gebracht. In 7 Fällen erzielte Verf. complete Heilung. EMIL MAYER.

79) **Partsch. Eine neue Methode zur temporären Resection des Gaumens. (A new method of temporarily resecting the palate.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 30. November 1899.*

P. beschreibt die Technik der Operation, die dazu dient, nasopharyngeale Tumoren, welche von der Schädelbasis ausgehen, leichter zügänglich zu machen.

EMIL MAYER.

80) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Gaumenplatte mit Obturator für den Nasenrachenraum. (Palate plate with obturator for the nasopharynx.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Der Apparat ist bestimmt, eine narbige Contractur nach postscarlatinöser Ulceration zu verhüten. A. J. BRADY.

81) **Baumgarten** (Budapest). **Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür des harten Gaumens.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1899.*

So leicht auch meist die Diagnose der Gaumengeschwüre ist, so schwer kann sie sein, wie ein in extenso mitgetheilter Fall Baumgarten's beweist; da das Geschwür — Patient ist ein 17jähriger Mann — bei Berührung mit kalter und warmer Sonde nicht empfindlich war und Lupus, Lues, Tuberculose ausgeschlossen werden konnten, so hält R. dasselbe für ein neuroparalytisches. SCHECH.

82) **Barbier** (Paris). **Tuberculöse Perforation des Gaumensegels. (Perforation tuberculaire du voile du palais.)** *Société méd. des Hôpitaux. 20. Jan. 1899.*

Der Fall betrifft einen Pat., bei welchem sich im Anschluss an Influenza ein Substanzverlust der rechten Tonsille und des vorderen Gaumenbogens derselben Seite zeigte.

Trotz einer 19tägigen specifischen Behandlung machte die Krankheit grosse Fortschritte und es bildete sich eine Perforation des weichen Gaumens aus. Die bacteriologische Untersuchung ergab Tuberkelbacillen.

PAUL RAUGÉ.

83) **M. Sänger** (Magdeburg). **Perverse Action des Gaumensegels.** *Wiener klin. Rundschau. No. 32. 1899.*

Es wurde in drei Fällen ohne Vorhandensein eines organischen Hindernisses bei der Bildung von M, N und Ng das Gaumensegel nicht gesenkt, sondern gehoben. Als ätiologisch bemerkenswerth giebt S. nur an, dass alle drei Fälle anämische und stark neurasthenische Personen waren. Um diese fehlerhafte Angewöhnung — wie S. die Erscheinung nennt — zu beseitigen, müssen entsprechende schulmässige Uebungen in der Aussprache genannter Laute vorgenommen werden.

CHIARI.

84) **Kawahara** (Japan). **Rythmische clonische Krämpfe des Velum mit objectiv hörbaren Geräuschen.** *Verhandlung. d. central-medicin. Gesellschaft in Japan. No. 26/27. 1898.*

Ein anämischer, nervöser Lehrer bemerkte seit 2 Jahren beim Strecken und Beugen der Halswirbel eigenthümliche Geräusche im Halse. Verf. constatirte bei ihm ganz rythmisch auftretende Contractionen des Gaumensegels, 90—105 in der Minute; sie sind subjectiv und objectiv hörbar und ähneln einem dumpfen Zähneknirschen.

OKADA.

85) **Richmond Mc Kinney. Papillom des weichen Gaumens. (A case of papilloma of the soft palate.)** *Memphis Lancet. October 1899.*

Casuistische Mittheilung.

EMIL MAYER.

86) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Grosses gestieltes Papillom des Gaumensegels. (Large pedunculated papilloma of the velum palati.)** *Austral. Medical Gazette. 20. December 1899.*

Der Fall betrifft einen Knaben von 12 Jahren.

A. J. BRADY.

87) **Broeckaert. Bemerkungen über einen Fall von Melanosarcom des Gaumensegels. (Notes sur un cas de sarcome mélanique du voile du palais.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. 3. Januar 1899.*

Cfr. Bericht über die Belgische oto-laryngol. Gesellschaft in Brüssel 1899.

BAYER.

88) **Broeckaert** (Gent). **Ueber das Melanosarcom des Gaumensegels. (Sur le sarcome mélanique du voile du palais.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1899.*

Cfr. Bericht über die Sitzung vom 4. Juni 1899 der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft in Brüssel.

BAYER.

89) **Walker Downie** und **Lennox Browne. Primäres Epitheliom der Uvula und des weichen Gaumens. (Primary epithelioma of the uvula and soft palate.)** *N. Y. Med. Record. 11. November 1899.*

Ein Fall von epithelialem Carcinom der Uvula ist von Downie in der

Januarnummer (1899) des Scottish Médical and Surgical Journal publicirt worden. Im Märzheft dieser Zeitschrift berichtet Browne über einen zweiten derartigen Fall und fügt noch einen dritten nicht minder seltenen hinzu, in welchem das Epitheliom sich bis zum weichen Gaumen erstreckte, ohne die Uvula oder Tonsille in Mitleidenschaft zu ziehen. Es schien kein rechter Grund dafür vorzuliegen, dass die genannten Theile von der malignen Neubildung verschont blieben, doch sind solche Fälle, wenn auch in sehr geringer Zahl, bereits verzeichnet worden. Der Patient mit Epitheliom der Uvula wurde einer Operation unterworfen, überlebte sie jedoch nur 19 Monate. Verf. erläutert den Fall durch einige mikroskopische Zeichnungen. Der zweite Patient, ein 52jähriger Mann, verspürte erst vor zwei Monaten Schluckbeschwerden. Die Untersuchung ergab ein kleines warziges Gewächs am freien Rande des linken vorderen Gaumenbogens. Ein Stück wurde entfernt und bestätigte die Diagnose, doch wollte Patient seine Einwilligung zur Operation nicht geben.

LEFFERTS.

90) **L. Ajello. Ein Federhalter für die Uvula. (Portallacio per l'ugolo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Ein Instrument, um das Umlegen eines Unterbindungsfadens um den blutenden Stumpf der Uvula nach Uvulotomien zu erleichtern.

FINDER.

91) **Goudrand** (Lyon). **Der Passavant'sche Rachenwulst. (Bourrelet pharyngien de Passavant.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. Mai 1899.*

Es handelt sich um einen Fall, in dem eine operative, zwecks Entfernung eines Adenoms ausgeführte Incision des Gaumensegels den Passavant'schen Wulst deutlich zu sehen gestattete.

In der Ruhe bemerkte man an der Grenze vom Mund- zum Nasenrachen eine im Halbbogen von der einen Tube zur anderen verlaufende Falte, welche weit vorsprang, wenn der Patient „a" phonirte, d. h. den Constrictor pharyngis superior contrahirte. Man weiss, welche Rolle nach Passavant dieser Falte beim Verschluss des Isthmus nasopharyngealis zukommt. Ihm zufolge wird die Hebung des Gaumensegels durch das Zusammentreffen des Pharynxwulstes begrenzt und der Verschluss kommt zu Stande durch Anlehnung der hinteren Fläche des Gaumensegels an die untere Fläche des Wulstes.

PAUL RAUGÉ.

92) **Escat** (Toulouse). **Behandlung der Hämorrhagien des Pharynx. (Traitement des hémorrhagiés du pharynx.)** *Arch. méd. de Toulouse. 19. September 1899.*

Als Quelle der Hämorrhagien sind im Pharynx drei grosse Herde zu beachten, welche mit den drei Etagen dieser Höhle correspondiren. Es sind das: erstens der naso-pharyngeale, zweitens der oro-pharyngeale und drittens der laryngo-pharyngeale Abschnitt.

Die Behandlung der Blutungen der naso-pharyngealen Etage besteht in Tamponade mit einem cylindrischen Wattebausch oder steriler Gaze, die vorher in eine 10proc. Wasserstoffsuperoxydlösung getaucht wird.

Unter den Hämorrhagien der oro-pharyngealen Partie ist die nach der Tonsillotomie eintretende die häufigste. In Fällen, in denen heisse Mundausspü-

lungen (45°) zu nichts führen, ist die Compression mit einem Wattetampon indicirt, welcher mit einer Pincette oder zwischen Mittel- und Zeigefinger gefasst wird. Am besten eignet sich hierfür die Hatin'sche Pincette. Man kann auch die Cauterisation, sei es mit dem Thermo- oder Galvanocauter, vornehmen. Eine vorzügliche Methode ist die Verschlussnaht vom vorderen zum hinteren Gaumenbogen. Im äussersten Falle kann man zur Unterbindung der Carotis seine Zuflucht nehmen.

Die bedrohlichen Blutungen des laryngo-pharyngealen Theiles sind Folgeerscheinungen chirurgischer Operationen. Handelt es sich um einen nicht tracheotomirten Patienten, so ist nach Verf.'s Rathschlag Folgendes zu thun:

1. Man sichert die Athmung durch den Tubageapparat nach Doyen.
2. Man führt die Nahrung durch eine Gummisonde ein, welche in den Oesophagus gebracht wird.
3. Man tamponirt den Pharynx um beide Sonden herum.

E. J. MOURE.

93) **Geo. S. Harnden. Epidemisches Eruptionsfieber mit Pharyngitis. (Epidemic eruptive fever with pharyngitis.)** *Medical Progress. Juli 1899.*

Verf. sah über 100 Fälle einer exanthematisch-fieberhaften Krankheit, bei der ein Erythem im Rachen das hervorstechendste Symptom war. Zwei von diesen Fällen waren sehr ernsthaft, einer starb.

EMIL MAYER.

94) **L. Vervaeck. Beitrag zum Studium der Grippeerscheinungen des Rachens; über die submucöse Hämorrhagie des Zäpfchens. (Contribution à l'étude des manifestations grippales de l'arrière-gorge; de l'hémorrhagie sous-muqueuse de la luette.)** *Journ. Méd. No. 14. 1899.*

Die eine Reihe von Halserscheinungen bei Influenza ist nach dem Autor charakterisirt durch heftigen localisirten, einseitigen Schmerz beim Schlucken; immer findet intensive Röthung des vorderen Gaumenbogens ohne Mandelanschwellung statt; selten ist die Läsion zweiseitig.

Bei der anderen Gruppe ist der Hauptsitz auf die Uvula beschränkt; dieselbe ist geröthet, voluminös, ödematös; verbunden mit Deglutationsbeschwerden und Husten in der Rückenlage. Manchmal beobachtet man eine submucöse Hämorrhagie, welche V. hintereinander in 4 Fällen constatiren konnte. Dieselbe trat jedesmal in der Periode der Reconvalescenz auf. Bei einem 5. Fall trat in der Nachperiode eine leichte Nasenblutung bei einem Kranken auf, welcher alle subjectiven Charaktere einer Zäpfchenhämorrhagie dargeboten hatte. Die Zäpfchenhämorrhagie beginnt meist brüsk, und nur in einem Falle war sie einige Tage einem Rachencatarrh ohne Mandellocalisation vorausgegangen.

BAYER.

95) **Lefferts. Gegen acute Pharyngitis. (For acute pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 2. December 1899.*

1. Rp. Kali chlorici 0,9
Ol. menth. piper. gtt. 2,0
Extr. Krameriae 0,9
Extr. Glycyrrh. 10,0.
Mf. trochisci No. XXX.
DS. 2stündlich 1 Plätzchen.

2. Rp. Ammon. chlorati 1,80
Pulv. ipecac. 0,12
Pulv. capsici 0,03
Extr. Glycyrrh. 7,50.
Mf. trochisci No. XX.
DS. 2stündlich 1 Plätzchen.

LEFFERTS.

96) **John O. Mc Reynolds. Chronisch recidivirende membranöse Pharyngitis. (Chronic recurrent membranous pharyngitis.)** *Journal of the American Med. Assoc. 2. December 1899.*

Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine weisse Membran im Rachen und am weichen Gaumen auftrat, nach 2 Tagen durch Exfoliation verschwand und jedesmal, sobald die Behandlung aussetzte, wieder erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab Streptokokken und Staphylokokken. (Ref. hat den Fall selbst gesehen und wird später über seine bakteriologischen Befunde bei demselben ausführlich berichten.)

EMIL MAYER.

97) **Lyon. Gegen Pharyngitis granulosa. (For granular pharyngitis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. October 1899.*

Rp. Resorcini 4,0
Glycerini 15,0
Aquae 150,0.
MDS. zum Gurgeln.

EMIL MAYER.

98) **Seymour Oppenheimer. Die Wirkung gewisser Beschäftigungen auf den Pharynx. (The effects of certain occupations on the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1899. N. Y. Med. News. 11. November 1899.*

Die Arbeit gründet sich auf die Untersuchung von 50 Fällen. Dieselben bieten den gemeinsamen Typus einer Pharyngitis granulosa und Congestion des Larynx bei Rednern. Das Alter der Patienten hat als solches keine Beziehungen zur Entwickelung catarrhalischer Affectionen der Larynxschleimhaut, aber es ergiebt sich aus der Anamnese der Fälle doch die Thatsache, das, je jünger die Person zur Zeit der Aufnahme eines derartigen Berufes war, desto grösser die Empfänglichkeit für die schädlichen Wirkungen desselben ist. Das Einathmen von Staub und Chemikalien ist das wichtigste Reizmoment. Die so erzeugten Veränderungen bestehen in acuter Hyperämie und Entzündung und die daraus resultirende Pharyngitis unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen Form. Diejenigen, welche schon vor Aufnahme ihres Berufs an Pharyngitis gelitten haben, werden früher und in einem viel stärkeren Grade durch den Reiz, welcher in ihrer speciellen Beschäftigung liegt, geschädigt.

LEFFERTS.

99) **Seymour Oppenheimer. Die Wirkung gewisser Beschäftigungen auf den Pharynx. (The effect of certain occupations on the pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1899.*

1. Die Pharynxschleimhaut der Mühlenarbeiter unter 20 Jahren ist für ungünstige Einflüsse empfänglicher als die älterer Individuen.

2. Das Einathmen von Staub, Fasern und chemischen Agentien ist ein überaus wichtiger Factor.

3. Die Mehrzahl der Industriearbeiter ist mit Rachenaffectionen behaftet, welche bis zu einem gewissen Grade von der Art der Beschäftigung abhängig sind.

4. Bei solchen Patienten, die bereits vor Aufnahme dieser Beschäftigung an Pharyngitis gelitten haben, werden die krankhaften Veränderungen durch die Arbeit gesteigert.

5. Die primären Rachenveränderungen bestehen in einer acuten Hyperämie und Entzündung. Die chronischen Veränderungen sind das Endresultat.

6. Die Pharyngitis, welche zum Theil oder ausschliesslich durch die Beschäftigung herbeigeführt ist, unterscheidet sich in nichts von den gewöhnlichen Formen.

7. Wenn die Nasenräume annähernd normal sind, pflegen die Rachenaffectionen viel seltener aufzutreten, als im umgekehrten Falle.

8. Hygienische Maassnahmen, welche in der Umgebung der Arbeiter getroffen werden, sind von sehr wohlthätiger Wirkung, insofern sie den Allgemeinzustand heben und dadurch auch den oberen Respirationstractus widerstandsfähiger machen.

9. Die Localbehandlung ist von grossem Nutzen.

LEFFERTS.

100) **E. O. Sisson. Parasitäre Affectionen des Rachens. (Parasitic affections of the pharynx.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Der Verf. giebt eine literarische Uebersicht über dies Gebiet, ohne über eigene Erfahrungen zu berichten.

EMIL MAYER.

101) **Marcel Natier** (Paris). **Zwei Fälle von benigner Mycosis des Rachens. (Deux cas de mycosis bénin de l'arrière-gorge.)** *France méd. 16. Juni 1899.*

Im Anschluss an 2 von ihm beobachtete Fälle giebt Verf. eine Beschreibung dieser Affection und empfiehlt therapeutisch die Ausreissung der Pfröpfe mit nachfolgender galvanocaustischer Aetzung.

PAUL RAUGÉ.

102) **Marfan. Der heisse Retropharyngealabscess. (L'abscès chaud rétro-pharyngien.)** *Bulletin méd. 27. December 1899.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues.

A. CARTAZ.

103) **James R. Arneill. Pharynxabscess. (Abscess of the pharynx.)** *Americ. Journal of Med. Sciences. Juli 1899.*

Der Fall war als Tetanus diagnosticirt. Die Heilung trat nach der Incision ein.

EMIL MAYFR.

104) **Ernst Haas. Zur Operation der Retropharyngealabscesse.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik von Prof. v. Bruns. *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

Veröffentlichung eines Falles, der von aussen hinter dem Kopfnicker eröffnet worden ist.

Diese Methode ist nach Verf.'s Meinung im Allgemeinen allen anderen bisher beschriebenen vorzuziehen.

Die Incision von aussen verdient den Vorzug vor der vom Munde aus, weil sie den Schutz der aseptischen Wundbehandlung nebst freier Secretentleerung durch Drainage u. s. w. gewährt.

A. ROSENBERG.

105) **H. de Stella. Ueber die schmerzhafte Dysphagie des Rachens als diagnostisches Zeichen der Syphilis in ihren 3 Perioden. (De la dysphagie douloureux de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis aux trois périodes.)** *La Belgique Méd. No. 15. 1899.*

Der Autor will hauptsächlich die Aufmerksamkeit der Aerzte auf ein Mittel hinweisen, um die Syphilis in ihren drei Perioden leicht diagnosticiren zu können, nämlich auf die verlängerte schmerzhafte Dysphagie, welche gewisse essentielle Merkmale annehme.

Er beschreibt die Dysphagie der 1., 2. und 3. Syphilisperiode mit Anführung von Fällen und empfiehlt zum Schluss, mit einer specifischen Behandlung bei Fällen von prolongirter Dysphagie nicht zu zögern.

BAYER.

106) **Schech. Ueber maligne Rachengeschwülste.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1899.*

In der laryngologischen Section der 71. Versammlung der Naturforscher und Aerzte gegebenes Referat über 17 Fälle eigener Beobachtung, 14 primärer, 3 secundärer. 4 Sarcome sassen im Nasenrachenraum, 2 Sarcome und 1 Carcinom an der Gaumenmandel, 3 Carcinome auf der Hinterwand, 2 im Hypopharynx.

Autoreferat.

107) **Faure. Chirurgische Behandlung der Carcinome des Rachens. (Traitement chirurgical des cancers de l'arrière-gorge.)** *Bulletin de Laryngol. Juni 1899.*

Die Carcinome des Pharynx sind einem chirurgischen Eingriff zugänglich, und die Operation ist gerechtfertigt. Es ist leicht, dieselben vollständig zu entfernen, vorausgesetzt, dass man zuerst die Tracheotomie oder die Larynxintubation voranschickt und eine definitive Resection des aufsteigenden Astes des Unterkiefers ausführt. Diese Resection gewährt ein sehr grosses Terrain, so dass man selbst die ausgedehntesten Operationen ohne Schwierigkeit vollbringen kann.

Diese allerdings sehr ernsten Operationen werden zweifellos bessere Resultate geben, wenn man dafür sorgt, dass die Wunde weit offen bleibt und öfters mit Wasserstoffsuperoxydlösung bespült wird.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

108) **Joh. Seitz** (Zürich). **Diphtheriebacillen in einem Panaritium.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 21. 1899.*

Interessanter Bericht über den Fall eines Knaben, welcher in ganz gesundem Zustande unwissentlich Diphtheriebacillen im Rachen beherbergt und durch die

Gewohnheit, an den Fingernägeln und den kleinen Hautablösungen um diese herum zu nagen, sich Ende Juli ein diphtheritisches Panaritium zuzieht. In der Familie des Knaben keine Diphtherie bis dahin; auch keine positiven Befunde in den Wischpräparaten der einzelnen Familienglieder. Etwas später erkrankt, ein Bruder, welcher seit Mitte April von Hause abwesend und ohne jegliche Familienverbindung geblieben ist, an echter Diphtheritis der Halsorgane.

S. fragt sich, ob der Löffler-Klebs'sche Bacillus nicht wie die Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken ein beständiger, nur weit gefährlicherer Gast der Mundhöhle sei, der Jahre lang beherbergt werden könne und nur unter besonderen localen und allgemeinen Bedingungen sich vermehre und schädlich werde.

JONQUIÈRE.

109) **J. Schabad. Ueber den gleichzeitigen Verlauf der Scarlatina und Diphtherie. (O sowmestnom tetschenii skarlatini i difterii.)** *Ruski Archiv path. Februar 1899.*

S. untersuchte 214 Scarlatinafälle bacteriologisch und fand unter 116 Fällen mit Pseudomembranen in 11 Fällen und unter 33 Fällen von lacunärer Angina in 2 Fällen den Löfflerbacillus. Von diesen 13 mit Symbiose an Diphtherie und Scarlatina behafteten Kindern starben 8.

P. HELLAT.

110) **Bruck** (Berlin). **Ueber einen eigenartigen Fall von postdiphtheritischer Narbenbildung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31. 1899.*

32jähr. Pat. mit Totaldefect des rechten hinteren Gaumenbogens, ausgedehnter Narbenbildung im Nasenrachen, die zu fast völligem Verschluss der beiden Choanen und zu partieller Verwachsung zwischen Gaumen und hinterer Rachenwand geführt hatte; Atrophie der Rachenschleimhaut, Laryngitis chronica, Nasenpolypen, Tubenverschluss rechts.

Als Ursache des ganzen Processes glaubt Verf. eine Diphtherie ansehen zu müssen, die der Pat. mit 3 Jahren überstanden hat.

ZARNIKO.

111) **T. C. Shaw. Diphtherie. (Diphtheria.)** *The Texas Medical News. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

112) **F. E. Batten. Pathologie der diphtherischen Lähmungen. (Pathology of diphtheritic paralysis.)** *Trans. Path. Soc. of London. 1899. British Medical Journal. 6. Mai 1899.*

In fünf ad exitum gelangten Fällen von Diphtherie, welche mit Lähmungen combinirt waren, untersuchte Verf. die Nerven nach Nissl, Marchi und Pal. In 4 Fällen fand er die charakteristischen Veränderungen in den Nerven vor, im 5. jedoch blieben sie trotz 80tägiger Krankheitsdauer ganz aus. Zweimal waren die Vorderhornzellen mitbetroffen; in dem einen beschränkte sich die Affection nur auf eine einzige Zelle, während der zweite Fall nicht ohne Weiteres für maassgebend gelten kann, da die Autopsie erst spät ausgeführt wurde.

Der Autor constatirt, dass die vorherrschende Läsion in einer parenchymatösen Degeneration der Myelinscheiden ihren Ausdruck findet. Es ist wohl sicher,

dass ein Gift, wie das diphtheritische, auf das ganze Neuron einwirken muss; nichtsdestoweniger findet sich die Wirkung am deutlichsten ausgeprägt in den Nerven und nicht in den Nervenzellen.

ERNEST WAGGETT.

113) **G. Gabritschewski. Ueber prophylactische Maassregeln im Kampfe gegen die Diphtherie. (O predochronitelnich merach borbi s difteriei.)** *Ruski Arch. path. Mai 1899.*

G. weist an der Hand statistischer Angaben nach, dass die Zahl der Erkrankungen an Diphtherie in den letzten Jahren an einzelnen Orten sich vervierfacht hat. In Petersburg kamen 1886 859 Fälle vor, in den Jahren 1895—1898 im Durchschnitt 4889 Fälle. Es starben von 1886—1894 durchschnittlich 408,6, von 1895—1898 aber 1184,5. Eine Zunahme, wenn auch keine so starke, ist überall constatirt worden.

G. schliesst daraus, dass weder die Serumbehandlung, noch die prophylactische Anwendung desselben genügend ist, um die Diphtherie einzuschränken.

Die einzige rationelle Art, die Bevölkerung vor Massenerkrankungen zu schützen, besteht in der mikroskopischen Untersuchung aller mit Diphtherie in Berührung gekommenen Personen, in Isolirung und antibacterieller Behandlung der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle aller derer, bei denen Bacterien gefunden werden.

Zur Illustration seiner Argumentation führt G. die Geschichte eines Asyles vor, in dem die Diphtherie trotz mehrfacher Desinfection der ganzen Anstalt nicht wich, bevor nicht alle Insassen untersucht und alle diejenigen, bei welchen Diphtheriebacterien im Rachen nachweisbar waren, entfernt wurden.

P. HELLAT.

114) **Eurico Gagnoni. Ueber drei schwere durch endovenöse Seruminjectionen geheilte Fälle von Diphtherie. (Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico.)** *Gazzetta degli ospedali e delle clin. 16. Juli 1899.*

In einem der drei Fälle trat eine ziemlich schwere, aber bald vorübergehende Albuminurie auf.

FINDER.

115) **St. Serkowski. Die Serumtherapie bei Diphtherie. (O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej „na wszelki wypadek".)** *Nowiny lekarskie. No. 8, 9. 1899.*

Verf. bekämpft die heute allgemein gebräuchliche Anwendung des Serums zu prophylactischen Zwecken, sowie die Anwendung der Serumtherapie bei nicht ganz sicher diagnosticirten Fällen von Diphtherie. Das Antitoxin, ein ausgezeichnetes Mittel bei genau bacteriologisch constatirten Diphtherieerkrankungen, soll nach Verf. von zweifelhafter Wirkung in Mischformen und streng contraindicirt als Prophylacticum bei Gesunden sein, bei welchen sehr oft gefährliche Nebenerscheinungen danach entstehen.

A. v. SOKOLOWSKI.

116) **Gantkowski. Die Serumtherapie bei Diphtherie. (O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej „na wszelki wypadek".)** *Nowiny lekarskie. No. 11. 1899.*

Gantkowski befürwortet die Ansichten von Serkowski.

A. v. SOKOLOWSKI.

117) **Korschun. Ueber die Bereitung des Antidiphtherieserums auf der bakteriologischen Station der Charkow'schen medicinischen Gesellschaft von 1895 bis 1899. (O prigotowlenii protiwo difterinoi siworotki na bakteriolog. stanzii Charkowskawo med. obschtschestwa s 1895—1899.)** *Rusk. Archiv. Oktober-November 1899.*

K. setzt zunächst die Thätigkeit des Vereins auseinander. Dass dieselbe eine bedeutende ist, ergiebt sich schon aus dem Umsatz (60000 Rbl. jährlich). Das Serum wird gegenwärtig von 40 Pferden bezogen. Die Quantität des gelieferten Serums belief sich im Jahre 1896 auf 59235000 Einh. Die Immunisirung der Pferde beginnt mit geringen Dosen.

Die weiteren Ausführungen des Artikels sind für ein Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

118) **Edwin L. Morgan. Antitoxin in der Behandlung der Diphtherie. (Antitoxine in the treatment of diphtheria.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. Juli 1899.*

Im Anschluss an die Seruminjectionen wurden Sublimat, Eisentinctur, Kali chloricum und Wasser innerlich verabreicht.

EMIL MAYER.

119) **L. D. Yudd. Mittheilungen über weitere Erfahrungen mit Calomel bei Diphtherie. (Remarks based upon a further experience with calomel in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 22. Juli 1899.*

Vor 2 Jahren machte Verf. eine Mittheilung über Calomel als Heilmittel gegen Diphtherie. Er erwähnte den Fall einer 55jährigen 200 Pfund schweren Patientin, die eine maligne Form von Diphtherie darbot. Nachdem 21,0g Calomel verabreicht worden waren (stündlich 0,6 g), trat bei derselben rapide und vollständige Genesung ein. Verf. glaubt jetzt auf Grund seiner weiteren Erfahrungen, dass kleinere, öfters gereichte Mengen in der Mehrzahl der Fälle eine specifische Wirkung auszuüben vermögen.

LEFFERTS.

120) **L. A. Nippert. Diagnose und Therapie der Diphtherie. (Diagnosis and therapeutics of diphtheria.)** *The Medical Dial. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt das Serum, mit dem er unter 58 Fällen 57 Heilungen erzielt hat.

EMIL MAYER.

121) **D. B. Wiggins. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Brief. August 1899.*

Verf. hat kein Vertrauen zum Serum und glaubt weder an den bacillären Ursprung, noch an die Contagiosität der Krankheit.

EMIL MAYER.

122) **J. C. Roberts. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Brief. August 1899.*

Verf. ist gegen das Serum.

EMIL MAYER.

123) **Joseph Mullen. Die Serumtherapie und die chirurgische Behandlung der diphtherischen Laryngitis. (The antitoxic and surgical treatment of diphtheritic laryngitis.)** *Southwestern Med. Record. August 1899.*

Eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen.

EMIL MAYER.

124) **C. C. Furley. Diphtheritis und Intubation. (Diphtheria and intubation.)** *The Kansas City Medical Index-Lancet. Juli 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

125) **Trumpp** (München). **Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation.** Wien. Franz Deuticke. 1900.

Aus der alle Verhältnisse der Intubation berücksichtigenden Monographie ist von ganz besonderem Interesse das Resultat der von T. im Sommer 1899 angestellten Sammelforschung über die ausserklinische Intubation. Die statistischen Daten zeigen die bisher ungeahnt grosse Verbreitung, welche die Hausintubation auch in Europa schon gefunden hat, ferner den erstaunlich hohen Procentsatz von Heilungen und schliesslich die geringe Zahl von Unglücksfällen. T. spricht die Ueberzeugung aus, dass die Intubation bei der operativen Behandlung von Larynxstenosen in (hoffentlich nicht allzu ferner) Zukunft auch in der Privatpraxis ganz allgemein die erste Rolle spielen wird. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

126) **Ad. Valentin** (Bern). **Zur Mechanik des Hustens.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 457. 1899.*

V. hat sich durch Experimente am Thiere und Beobachtung des Hustenvorganges beim Menschen überzeugt, dass die alte Anschauung vom Gesprengtwerden der Stimmritze durch den Luftdruck des Hustenstosses unhaltbar ist. Der normale Hustenact verläuft nach ihm in folgender Weise: „Auf eine meist tiefe und rasche Einathmung mit Abduction der Stimmlippen folgt eine kräftige Adduction derselben, ein starkes Zusammenpressen und Schliessen der Stimmritze. Gleichzeitig wird in steigender Weise durch Anspannen der gesammten Exspirationsmusculatur der Thorax zusammengepresst, der Unterkiefer in leichte Oeffnungsstellung gebracht und auch der Mund mehr oder weniger geöffnet, die Zunge gespitzt und meist etwas vorgestreckt, das Gaumensegel gehoben.

Dann erfolgt unter lautem Tönen der eigentliche Hustenstoss. Bei demselben wird die krampfhaft geschlossene Stimmritze keineswegs einfach durch Luftdruck gesprengt, sondern im Gegentheil hört der Krampf der Adductoren plötzlich auf und man sieht wie die vorher geschlossenen Aryknorpel und Stimmlippen blitzschnell abducirt werden. Die Stimmritze öffnet sich weit, oft bis zum Maximum der möglichen Erweiterung. Nach Ablauf des Hustenstosses schliessen sich die Stimmlippen wieder etwas, doch meist nicht bis zu engem Verschluss; es sei denn, dass auf den ersten Hustenstoss sofort ein zweiter folgt."

Der Grund des Oeffnungsvorganges liegt nach V. in einer Reflexcontraction der beiden Postici, welche sich von der gewöhnlichen inspiratorischen nur durch ihre grosse Schnelligkeit unterscheidet. F. KLEMPERER.

127) S. **Pechkranz** (Warschau). **Beitrag zur Aetiologie des Hustens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 15. 1899.*

P. macht auf das häufige Auftreten von Husten infolge von Pyrosis aufmerksam, welche Ursache P. in der Literatur nicht erwähnt findet.

CHIARI.

128) **Albert Abrams. Extrapulmonärer Husten. (Extra-pulmonary coughs.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. August 1899.*

Verf. erwähnt nur den Husten durch den Reiz eines verlängerten Zäpfchens.

EMIL MAYER.

129) **George L. Richards. Reflexhusten. (Reflex cough.)** *N. Y. Med. Record. 5. August 1899.*

Nichts von speciellem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **Parmentier. Der chronische Husten verlangt die Nasenuntersuchung. (La toux chronique demande l'examen du nez.)** *La Progrès Méd. Belge. No. 21. 1899.*

Revueartikel mit Anführung eines einschlägigen Falles. Nichts Neues.

BAYER.

131) **Redact. Notiz. Gegen Larynx-Husten. (For laryngeal cough.)** *Philad. Med. Journal. 21. October 1899.*

Wenn der Husten quälend wird, ist folgende Lösung als Spray anzuwenden:

Rp. Cocaini mur. 0,96
Resorcini 0,48
Aquae 30,0.

Das Resorcin verhindert die Auskrystallisirung des Cocains und die Zersetzung der Lösung. Es steigert auch die anästhetische Wirkung des Cocains, während es seinen toxischen Effect herabsetzt.

Bei ausgedehnten Ulcerationsflächen ist folgende Insufflation dem Spray vorzuziehen:

Rp. Morph. mur.
Cocaini mur.
Acidi borici
Jodoformi ana 0,06.
D. S. 2—3 mal täglich aufzustäuben.

Eine halbe Stunde vor dem Essen applicirt, vermindert dies Gemisch die Schluckbeschwerden. Vor dem Zubettgehen verabfolgt, wirkt es gewöhnlich für einige Stunden als Schlafmittel.

EMIL MAYER.

132) **Redact. Notiz. Gegen spasmodischen Croup. (For spasmodic croup.)** *Boston Med. Surg. Journal. Juli 1899.*

Rp. Nitroglycerini guttae $^1/_{10}$—$^1/_{15}$
Spirit. Vini 15,0.
M. D. S. 2—5 Tropfen alle 2—3 Stunden in Zuckerwasser.

EMIL MAYER.

133) **F. C. Rogers. Pseudocroup. (False croup.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 19. August 1899.*

R. empfiehlt Apomorphin 0,0012—0,0015 per os in wenig Wasser alle 15 bis 20 Minuten bis zur Besserung aller Symptome zu geben. Diese Dose ist für ein Kind von 5 Jahren berechnet. 1 oder 2 Dosen genügen gewöhnlich, den Anfall zum Verschwinden zu bringen, ohne Erbrechen zu erzeugen. EMIL MAYER.

134) **Joseph Holt. Behandlung des Croup. (Treatment of croup.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Rp. Chloralid 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aq. Cinnamon. 64,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll; wenn keine Besserung, nach 20 Minuten zu wiederholen. EMIL MAYER.

135) **J. C. Abernathy. Keuchhusten mit cerebraler Blutung. (Whooping cough with cerebral hemorrhage.)** *Alabama Med. and Surg. Age. October 1899.*

Krankengeschichte des letal endigenden Falles. EMIL MAYER.

136) **John H. Lowman. Keuchhusten und Rachitis. (Whooping cough and rickets.)** *Cleveland Journal of Medicine. November 1899.*

Bericht über 5 Fälle von Keuchhusten, welche während dieser Krankheit Symptome von Rachitis darboten. In 4 Fällen wurde durch absolute Ruhe und strenge Durchführung der vorgeschriebenen Behandlung vollständige Heilung erzielt. Der 5. Fall wurde vernachlässigt und es traten rachitische Deformationen ein. Der Verf. ist der Ansicht, dass ein Keuchhusten während der ersten 18 Monate des Lebens die Disposition für Rachitis verschärft. EMIL MAYER.

137) **Charles W. Ingraham. Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. (Treatment of whooping cough with bromoform.)** *Medical Council. October 1899.*

Die Maximaldose bei einem 5jährigen Kinde soll 1,44 g pro die nicht überschreiten. J. beginnt mit 3 Tropfen 4mal täglich und geht bis zu 6 Tropfen. EMIL MAYER.

138) **Gilbert. Das Diphtherieheilserum bei Keuchhusten. (Antidiphtheria serum in whooping-cough.)** *Journal of the American Med. Assoc. 16. Dec. 1899.*

In 9 mit Serum behandelten Fällen nahmen Intensität und Dauer des Leidens erheblich ab. Der specifische Husten war nach 10 Tagen ganz verschwunden. Injicirt wurden 10 ccm. EMIL MAYER.

139) **J. A. Stucky. Kehlkopfchorea reflectorischen Ursprungs von der Nase aus; Krankengeschichte eines Falles. (Laryngeal chorea of reflex nasal origin. Report of a case.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1899.*

Nach einer Attacke von acuter Rhinitis stellte sich ein chronischer spasmo-

discher Husten ein [Weshalb: „Chorea“? Red.], der über 4 Jahre anhielt. Es wurde Cocain applicirt und zugleich mit der nasalen Störung war jedesmal der Husten verschwunden, solange als der Effect des Cocains anhielt. Dauernde Heilung wurde schliesslich durch Aetzung beider unteren Muscheln mittelst Chromsäure erzielt.

EMIL MAYER.

140) **Posthumus Meyjes. Fall von Ictus laryngis.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 9. 1899.*

41 jähriger Mann, starker Raucher, mit geringem Atherom, congestionirtem Aussehen und chronischem Nasenrachencatarrh. M. meint, dass, da Lachen und Husten die Anfälle auslösten, die grosse Reizbarkeit des Rachens als ursächliches Moment zu betrachten sei.

SCHECH.

141) **Sveste. Laryngismus. (Laryngismus.)** *American Journal of the Medical Sciences. Juli 1899.*

Ein Larynxkrampf, der die Tracheotomie oder dauernde Intubation nothwendig macht und auf Ulcerationen unterhalb der Glottis zurückgeführt wird.

EMIL MAYER.

142) **Ganghofner. Ueber Spasmus glottidis bei Tetanie der Kinder.** *Münchner med. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Von 105 Fällen von Stimmritzenkrampf zeigten 61 = 58 pCt. manifeste Tetanie (spontane carpo-pedale Spasmen oder doch sogenannte obligate Latenzsymptome), während bei den anderen 44 Fällen, also bei 42 pCt., theils nur Steigerung der mechanischen Nervenerregbarkeit in 36 pCt. der Fälle constatirt wurde, theils überhaupt kein Zeichen von Tetanie sich vorfand, (in 3 = 7 pCt.). G. fand, dass also circa 94 pCt. Tetaniesymptome aufwiesen. Die Coincidenz von Spasmus glottidis und Tetanie ist die Regel, der Spasmus glottidis ohne Tetanie die seltene Ausnahme. Fast alle (96 pCt.) Kinder mit Laryngospasmus waren rachitisch, bei der Mehrzahl fand sich ein guter Ernährungszustand, häufig jedoch mit pastösem Habitus, bleicher Gesichtsfarbe und Status lymphaticus, und in 81 pCt. der Fälle bestanden gastro-intestinale Symptome. Diätetische Behandlung allein hatte nicht immer günstige Resultate zur Folge, bessere zeigten sich bei gleichzeitiger Phosphorbehandlung.

SCHECH.

143) **V. Uchermann. Ein neuer (zweiter) Fall von exspiratorischem functionellen Stimmritzenkrampf (exspiratorischer und rhythmisch spastischer Dyspnoe.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 468. 1899.*

Der Fall, der bei einem 73 jährigen Patienten beobachtet wurde, ist dem früher von U. mitgetheilten, im Centralblatt Bd. 15, S. 120 ausführlich besprochenen Falle analog.

F. KLEMPERER.

144) **Sevestre** (Paris). **Ueber Larynxkrämpfe, die einen prolongirten Eingriff (Intubation oder Tracheotomie) nothwendig machen. (Des spasmes du larynx nécessitant une intervention prolongée, tubage ou trachéotomie.)** *Société med. des Hôpitaux. März 1899.*

Die Pathogenese der dauernden Larynxkrämpfe muss gesucht werden:

1. Im Vorhandensein laryngealer Ulcerationen, welche durch den Tubus hervorgerufen werden.

2. In der Nervosität des Individuums.

Man muss die Intubation des öfteren während der ersten 6—8 Tage, nach Bedarf 10—12 Tage wiederholen. Ueber diese Zeit hinaus soll man die Intubation nicht mehr ausführen und zur Tracheotomie schreiten. Daneben wird man alle Mittel anwenden, die den Krampf bekämpfen können, also Bromsalze, Codein, Antipyrin, Chloral, kalte Einwickelungen des Thorax etc. In den mit Bronchopneumonie complicirten Fällen giebt die Tracheotomie keineswegs bessere Aussichten, als die prolongirte Intubation.

PAUL RAUGÉ.

145) **H. Richardière. Pathogenese und Therapie der Larynxkrämpfe, welche eine prolongirte Intubation nothwendig machen. (Pathogénie et traitement des spasmes du larynx nécessitant l'intubation prolongée.)** *Bulletin méd. Februar 1899.*

In den Pariser Krankenhäusern ist es üblich, die Detubation nach 2 bis 3 Tagen auszuführen. Es giebt indessen eine Anzahl von Kindern, bei welchen noch nach Ablauf dieser Zeit die Larynxkrämpfe fortbestehen, so dass die Entfernung des Tubus unmöglich erscheint. Die Ursachen dieses Zwischenfalles sind wechselnd:

a) in erster Linie ist das stete Vorhandensein bronchopneumonischer Läsionen zu nennen;

b) Ulcerationen des Larynx unterhalb der Glottis, besonders an der hinteren Wand des Ringknorpels.

Die Krämpfe, welche das Fortdauern der Intubation nothwendig machen, sind primär (d. h. sie sind eine Continuation des Initialkrampfes) oder secundär (sie treten eine gewisse Zeit nach der Detubation auf). Die Prognose ist ernst: von 21 Kranken starben 13. In therapeutischer Hinsicht räth Verf., die Intubation fortzusetzen und nur dann die Tracheotomie auszuführen, wenn die Wiedereinführung des Tubus nicht gelingt, oder wenn trotz der Intubation Asphyxie besteht.

PAUL RAUGÉ.

146) **Houssay** (Pont-Leroy). **Geschichte der hysterischen Larynxaffectionen. (Historique des manifestations laryngées de l'hystérie.)** *Gazette médicale du Centre. Februar 1899.*

Eine geschichtliche Studie der verschiedenen neuropathischen Stimmstörungen seit den ältesten Epidemien der Stimmhysterie bis auf die heutigen Einzelfälle, welche die Geduld des Arztes so sehr in Anspruch nehmen. Der Verfasser schliesst mit der Hoffnung, dass eine rationelle Therapie uns in den Stand setzen wird, gegen diese Krankheit, deren nervösen Ursprung die Wissenschaft jetzt sicher festgestellt hat, anzukämpfen.

PAUL RAUGÉ.

147) **Touche. Tabische Larynxcrisen in ihren Beziehungen zu anderen Unterleibscrisen. (Les crises laryngées tabetiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes.)** *Presse médicale. No. 69. August 1899.*

Um die Frage zu entscheiden, wie oft sich tabische Larynxkrisen mit Unter-

leibskrisen verbinden, untersuchte Verf. 40 Tabiker und fand bei 12 Larynxkrisen, die bei 11 von verschiedenen anderweitigen Unterleibskrisen begleitet waren.

A. CARTAZ.

148) **H. Burger** (Amsterdam). **Recurrens-Lähmung und Recurrens-Durchschneidung. (Recurrens-verlamming en recurrens-doorsnijding.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 15. 1899.*

Verkürzte Ausgabe der Arbeit im Archiv für Laryngologie, Bd. IX, H. 2, S. 203.

H. BURGER.

149) **H. Krause. Zur Frage der Posticuslähmung.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abtheilung. 1899.*

K. kommt auf Grund seiner neuerdings vorgenommenen Versuche, bei denen er auf den Recurrens sein Druckverfahren anwendet, zu folgenden Ergebnissen:

1. Dass dasselbe Immobilisirung und Medianstellung des Stimmbandes hervorruft.

2. Diese Medianstellung ändert sich nicht, wenn der dem Druckverfahren unterworfene Nerv peripher durchschnitten wird.

3. Nach Durchschneidung und völliger Lähmung des Laryng. inf. nimmt das Stimmband eine der Phonationsstellung nahe Position ein; sie geht in eine Adductionsstellung über, die der Inspirationsstellung näher als der Phonationsstellung gelegen ist, sobald der M. cricothyr. gelähmt wird.

4. Die laryngoskopische Untersuchung sowie die unmittelbare Beobachtung dieses Muskels hat ergeben, dass er ein automatisch arbeitender concomittirender Exspirationsmuskel ist.

5. Es ist nachgewiesen, dass trotz völliger Lähmung des Laryng. inf. eine mit dem Exspirationsvorgange synchrone, das Stimmband der Mittellinie nähernde Bewegung stattfindet; diese Bewegung wird durch den M. cricothyr. bewirkt.

6. Elektrische Reizung des R. ext. n. lar. sup., sowie des M. cricothyr. nach Durchschneidung des N. lar. inf. ergiebt ein Vorrücken des Stimmbandes bis zu einer der Medianlinie nahe kommenden Stellung, wobei jedoch das Stimmband etwas excavirt erscheint. Bei erhaltenem N. lar. inf. wird das Stimmband straffer in die Länge gezogen und der Mitte näher gebracht.

7. Der N. lar. sup. hat — ausgenommen die Innervation des M. cricothyr. — mit der motorischen Innervation des Kehlkopfs nichts zu schaffen.

8. Es hat sich gezeigt, dass das Experiment auch einen Zustand beginnender, unvollständiger Lähmung des M. lar. inf. zu erzeugen vermag. Hierbei ist die Aussenbewegung des Stimmbandes behindert, während die Adductionsbewegung erhalten ist.

In seinen Schlussfolgerungen giebt K. zu, dass die durch Druck auf den N. lar. inf. hervorgerufene Immobilisirung des Stimmbandes keine Reizcontractur ist. Die Adductionsstellung des Stimmbandes ruft bei Lähmung des N. lar. inf. der M. cricothyr. hervor. K. lässt also seine alte und neuere Hypothese fallen. Der M. cricothyr. ist nach ihm ein wesentlich exspiratorischer Muskel; er hilft das Stimmband adduciren.

A ROSENBERG.

150) **G. Prota. Ueber zwei Fälle von linksseitiger Kehlkopflähmung mit eigenthümlicher Stimmstörung. (Sue due casi di emiplegia laringea sinistra con singolare disturbo disfomico.)** *Bollet. d. malatt. dell'orecchio etc. Mai 1898.*

In den beiden mitgetheilten Fällen von totaler linksseitiger Recurrenslähmung wurde die Dysphonie fast oder ganz ausgeglichen, wenn die Patienten den Kopf nach rechts hinüberbeugten. Verf. konnte im Spiegelbild beobachten, dass bei dieser Kopfstellung das gelähmte linke Stimmband etwas gestreckt wurde, so dass das rechte während der Phonation im Stande war, es mit seinen Excursionen zu erreichen, wodurch die Stimmstörung ausgeglichen wurde. FINDER.

151) **John Sendziak. Larynxlähmung. (Paralysis of the larynx.)** *American Journal of the Med. Sciences. Juli 1899.*

Die Lähmung war hier durch vergrösserte Drüsen und nicht durch das Carcinom selbst bedingt, wie das die Röntgenaufnahme zeigte. EMIL MAYER.

152) **G. T. Ross. Kehlkopflähmungen. (Laryngeal paralysis.)** *Canada Med. Record. Juli 1899.*

Zusammenstellung bekannter Thatsachen. EMIL MAYER.

153) **G. Geronzi. Die Möglichkeit der Behandlung von Abductoren-Lähmungen durch Resection der Recurrentes.** Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma. *La Riforma Medica Palermo. 6. Juli 1899.*

In der vorigen Sitzung demonstrirte Verf. einen Fall von Abductorenlähmung, bedingt durch einen Nackenstich, welcher den Recurrens lädirt hatte. Im Anschluss daran discutirt er nun die Frage, ob es möglich ist, durch Resection der Recurrentes die Respirationsgefahren, wie wir sie bei Posticuslähmungen vorfinden, zu beseitigen. Er glaubt, dass diese Operation bei Abductorenlähmungen ausgeführt werden darf, wenn nicht nur Erstickungsgefahr droht, sondern ausserdem auch jede Hoffnung auf Wiederherstellung der Function ausgeschlossen ist. Die Operation ist leicht und würde, wie Verf. glaubt, die Stimmbänder so weit auseinanderbringen, dass man dadurch jeder Gefahr der Asphyxie vorbeugen könnte. In seinem Falle ist der Abductionsgrad des dem verletzten Recurrens entsprechenden Stimmbandes ein so hoher, dass selbst wenn das andere Stimmband durch Lähmung seines Abductors in complete Adductionsstellung geriethe, doch noch genügend Luft eindringen könnte. JAMES DONELAN.

154) **Antony. Zwei geheilte Fälle von hysterischer Taubstummheit. (Deux cas de guérison de surdimutité hystérique.)** *Société médicale des Hôpitaux. 28. April 1899.*

Demonstration zweier mit Taubstummheit behafteter Soldaten, die durch Elektrisation geheilt wurden. Das Sprach- und Hörvermögen kehrten vollständig wieder. A. CARTAZ.

155) **L. C. Deane. Hysterische Aphasie bei einem Kinde. (Hysterical aphasia in a child.)** *Pacific Medical Journal. November 1899.*

Von Interesse ist, dass Patient ein 5jähriges Kind und in Folge von Ophthalmia neonatorum von Geburt an blind ist. EMIL MAYER.

156) **J. Crocq. Zwei Fälle traumatischer Aphasie. (Deux cas d'aphasie traumatique.)**

Zwei Fälle von Schädeltrauma mit motorischer Aphasie; bei dem einen Fall mit Verlust der willkürlichen Schrift und Paralys. facial. inf. handelte es sich um eine motorische Rindenaphasie; bei dem zweiten, welcher die Fähigkeit, seine Gedanken niederzuschreiben, beibehielt und bei welchem keine Lähmung vorlag, handelte es sich um eine hysterische Aphasie. BAYER.

157) **J. C. Christy. Dysphonie geheilt durch Anwendung des galvanischen Stroms. (Dysphonia. Relief with the use of the galvanic current.)** *Philad. Medical Journal. 9. September 1899.*

Der Verf. rühmt die Galvanisation zur Heilung aller Arten von Dysphonie. EMIL MAYER.

158) **J. C. Christy. Dysphonie. (Dysphonia.)** *Philad. Med. Journal. 21. Oct. 1899.*

Verf. beschreibt ausführlicher als in einem früheren Aufsatz die Art, wie er gegen diese Affection den constanten Strom anwendet. EMIL MAYER.

159) **Thos. C. Minor. Die Eintheilung der Stimmen. (Classification of voices.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 2. September 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Classificirung einer Stimme nicht allein dem Gesangslehrer überlassen bleiben soll, da in der Bestimmung durch diesen nicht immer die genügende Garantie für die Entwicklung und Erhaltung der Stimme gegeben ist. Der Stimmarzt soll mit dem Gesangslehrer in diesem Punkte zusammenwirken. EMIL MAYER.

160) **John W. Farlow. Die amerikanische Stimme. (The american voice.)** *Maryland Med. Journal. August 1899.*

Vergleiche den Bericht über die Verhandlungen des 21. Congresses der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft im Centralblatt. EMIL MAYER.

161) **Paulsen** (Kiel). **Untersuchungen über die Tonhöhe der Sprache.** *Pflüger's Archiv. LXXIV. 1899.*

Der Tonumfang liegt mit wenigen Ausnahmen innerhalb folgender Grenzen: vom 6.—14. Jahre beim Declamiren von h—a', a—a', g—g'; vom 3.—20. Jahre beim gewöhnlichen Sprechen bei weiblichen Personen a—fis', a—e', g—e', f—e', g—e', beim männlichen Geschlecht vom 3.—18. Jahre a—fis', a—e', as—e', ges—e', f—e', e—e', vom 15.—20. Jahre von G—e, F—e, G—e, E—e.

Die Hauptsprachtöne liegen fast immer innerhalb folgender Grenzen: vom 3.—7. Jahre ah—e'fis; vom 8.—12. Jahre a—d'e'; vom 13.—14. Jahre a—d'; vom 15.—18. Jahre beim männlichen fis—d', beim weiblichen Geschlecht ga—d'; vom 19.—20. Jahre G—e', resp. a—d'. Beim Declamiren liegt der Ton etwas höher. A. ROSENBERG.

162) **S. Sanki. Theorie der Stimmbildung. (Teoria postanowki goloba.)** Petersburg 1900. 4. Aufl.

Es erscheinen alljährlich zahlreiche Broschüren und Anleitungen für den

Gesangsunterricht, welche neben praktischen Winken für den Unterricht ohne Ausnahme eine Excursion in das Gebiet der Anatomie und Physiologie sich erlauben. Demselben Schema folgt auch das Büchlein von Sanki. Da im Allgemeinen zu Genüge bekannt ist, welche Blüthen diese Literatur zeitigt, so ist eine wissenschaftliche Kritik meist gar nicht nöthig. Wenn ich mir trotzdem einige Bemerkungen über das Büchlein von Sanki nicht versage, so geschieht es deshalb, weil dasselbe sich etwas über dem allgemeinen Niveau hält. So finden wir z. B. in dem Abschnitt über die Registerbildungen und über die Untersuchung des Larynx der Sänger einige originelle und zutreffende Bemerkungen; ein Zeichen, dass der Autor den Kehlkopfspiegel zu handhaben versteht und sich thatsächlich Mühe gegeben hat, dem Gegenstande, den er behandelt, näher zu treten. Dasselbe kann man leider in Bezug auf die Athmungsfrage nicht sagen. Da tritt die verworrene Merkel'sche Theorie, gewürzt mit eigenen Zusätzen, voll zu Tage. — Wir halten in der letzten Zeit so viele nationale und internationale Congresse ab. Warum erhebt sich die Pädagogik der Gesangskunst nicht zu dieser Höhe? Es wäre wirklich an der Zeit, dass in das durch die Reclamesucht angefaulte Gebiet ein frischer Luftzug käme. Dies könnte nur durch die Ventilation der schwebenden Fragen von Seiten berufener Fachmänner und durch gemeinsames Zusammenwirken wohlgesinnter Kunstförderer erzielt werden. Dafür bietet sich kaum irgendwo besser Gelegenheit, als in der öffentlichen Discussion durch die Fachmänner.

P. HELLAT.

163) **N. Ypes** (Amsterdam). **Der Athmungstypus beim Manne und beim Weibe im Zusammenhang mit Sprach- und Sang-Unterricht. (Het ademhalingstype bij man en vrouw in verband met spreek- en zangonderricht.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 19. 1899.*

Y. bekämpft die Meinung, dass der physiologische Athmungsmodus beim Manne abdominal, beim Weibe costal sein sollte. Er führt im Gegentheil aus, dass bei beiden Geschlechtern die normale Respiration eine costo-abdominale ist. Dass auch bei der willkürlichen costalen Athmung das Zwerchfell herabsteigt, haben ihn radioscopische Versuche gelehrt. Er bekämpft die Meinung, dass die Bauchathmung einen nachtheiligen Einfluss auf die weiblichen Geschlechtsorgane ausüben sollte und führt im Gegentheil aus, dass die costo-abdominale Respiration einen günstigen Einfluss auf die Circulation sowohl, wie auf die Peristaltik ausübt.

Das systematische Erlernen dieser natürlichen Athmungsweise ist namentlich für Redner und Sänger von grösster Nützlichkeit. Dieselbe hat auch den Vortheil, dass mit ihr die vielgewünschte niedrige Kehlkopfstellung erhalten wird. Bei der Uebung dieser Athmungsweise sind Stossübungen (schnelle Zwerchfellstösse) sehr nützlich.

H. BURGER.

164) **Breitung** (Coburg). **Ueber phonographische Stimmprüfung.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1899.*

Durch eingehende Versuche kommt B. zu dem Schluss, dass bei den jetzt bei dem Phonographen in Anwendung kommenden Walzen für die Pathologie der

Stimme nichts erwartet werden kann. Die Prägnanz der Wiedergabe stieg je nach dem Metallgehalt der Stimme; Stimmen, welche gute phonographische Bilder geben, gestatten auch eine günstige Prognose. Deshalb wird der Phonograph künftig bei der Beurtheilung von Sängern, Lehrern und Geistlichen eine Rolle spielen, aber auch bei Kranken, die in Behandlung treten, ferner bei Verbrechern.

SCHECH.

165) **Rousselot. Praktische Verwerthung der Experimentaluntersuchung der Phonation. (Practical application of experimental phonetics.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 23. September 1899.*

Die Bewegungen der Zunge und des Kehlkopfs werden durch einen einfachen Apparat, den der Patient in den Mund nimmt, registrirt. Der Patient kann auf diese Weise controliren, worin seine Bewegungen von der Norm abweichen, und er lernt leicht durch Uebungen, seine Fehler zu corrigiren. Diese Methode ist zur Ueberwindung von Sprachfehlern, Stottern, Stimmbandparesen etc. überaus wirksam.

EMIL MAYER.

166) **Heldenbergh. Beitrag zum Studium der Function der Sprache und Methode der Neuerziehung der Sprache der Aphasiker. (Contribution à l'étude de la fonction du langage et méthode de rééducation de la parole chez les aphasiques.)** *La Belgique Méd. No. 12. 1899.*

Neurologische Studie mit Anleitung zur Behandlung von Aphasikern behufs Wiedererlernung des Sprechens, von Agraphikern zur Wiedererlernung gewissermaassen der Schrift, gerade so wie es Fränkel und Leyden gelungen sei, Ataxiekranken das Coordinationsbild des Ganges wieder beizubringen und Hemiplegikern sich ihrer paralysirten Glieder wieder regelmässig zu bedienen.

BAYER.

167) **G. Hudson Makuen. Der Werth der Muskelübungen bei der Behandlung vocaler Defecte. (Value of muscle training in treatment of vocal defects.)** *Journal of American Med. Assoc. 7. October 1899.*

Vergleiche die Verhandlungen der 50. Jahresversammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie und Otologie) vom Juni 1899.

EMIL MAYER.

168) **Edwin Pinchon. Die Bête noire der Sänger. (The Bête-noire of the vocalist.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Hinweis auf die Heiserkeit und ihre Ursachen.

EMIL MAYER.

169) **Ley. Ueber Sprachstörungen und ihre Erziehungstherapie. (Des troubles de la parole et de leur thérapeutique éducative.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Februar 1899.*

Der Autor bespricht zuvörderst die Sprachstörungen bei Idioten und Geistesschwachen und geht dann über zu solchen bei

1. Taubstummen,
2. Sprachlosen, nicht Tauben,

3. Stotterern und
4. solchen mit falscher Aussprache.

Er geht dann auf die Heilmethoden ein und knüpft daran die Beobachtung von 2 Kindern, von denen der eine Fall einen 5jährigen Knaben mit vollständiger Sprachlosigkeit bei erhaltenem Gehör betrifft, der andere einen 7jährigen Jungen mit falscher Aussprache; statt s spricht er sch und statt g und k, t und z aus. Vollständige Heilung.

Vorstellung derselben in der Sitzung der Antwerpener Med. Chir. Gesellschaft, Sitzung vom Februar 1899. BAYER.

170) **G. Hudson Makuen. Drei Fälle von Sprachfehler. (Three cases of defective speech.)** *Philad. Medical Journal. 2. December 1899.*

Die primäre Ursache der Sprachstörung bildeten adenoide Wucherungen. Nach Entfernung derselben wurden Sprachübungen eingerichtet. EMIL MAYER.

171) **G. Hudson Makuen. Bericht über einen Fall von Sprachdefect infolge von gewissen Störungen der Hirnfunction. (Report of a case in which defective speech results in some interesting derangements of cerebral functions.)** *Phil. Med. Journal. 16. December 1899.*

Verf. demonstrirt einen Fall von Sprachdefect, welchen er zur Wortblindheit rechnet. Er giebt an, dass nur zwei ähnliche Fälle bis jetzt beschrieben worden sind. M.'s Patient litt in der Kindheit an Convulsionen. Den gegenwärtigen Zustand hält Verf. für secundär. Derselbe soll von gewissen Störungen des motorischen Tractus abhängen, welche unter anderem auch die Entwickelung einer normalen Sprache unmöglich machten. Patient wurde mit speciellen Sprachübungen behandelt. Obwohl dieselben erst wenige Wochen fortgesetzt sind, haben sie bereits eine überraschende Besserung zu Wege gebracht. EMIL MAYER.

172) **Haase** (Berlin). **Bericht über die in der Neumann'schen Poliklinik 1898/99 behandelten Sprachstörungen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. December 1899.*

Unter den 41 sprachkranken Kindern waren 11 Stotterer, 12 Stammler, 3 mit Stottern und Stammeln, 13 mit Aphasie, 2 mit Näseln. Unter den Stotterern war nur 1 Kind mit adenoiden Vegetationen, ebenso bei den Stammlern. Auffällig ist die hohe Zahl der an Aphasie leidenden Kinder, in diese Gruppe sind die Fälle mit verspäteter Sprachentwickelung und Hörstummheit gerechnet.

SEIFERT.

173) **Wl. Oltuszewski. Die unvollkommene psychische Entwickelung und ihre Beziehung zu verschiedenen Categorien der Sprachanomalien. (Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do róznych kategoryi zboczen mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 43, 44, 45. 1899.*

Die unvollkommene psychische Entwickelung soll nach Verf. eine bedeutende Rolle in der Aetiologie der Sprachanomalien spielen. Verf. analysirt speciell verschiedene diesbezügliche Veränderungen und bespricht ihre Pathogenese und die Grundzüge ihrer Behandlung.

Die Arbeit eignet sich nicht zum Referate; bemerkt sei nur, dass von 1260 Fällen von verschiedenen Sprachanomalien nach Verf.'s Ansicht 158 mit unvollkommener psychischer Entwickelung in Zusammenhang standen.

v. SOKOLOWSKI.

174) **Wl. Oltuszewski. Siebenter Beitrag zur Lehre von den Sprachanomalien. (VII przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 46, 47. 1899.*

Vom 1. Juli 1898 bis 1. Juli 1899 wurden in der Anstalt des Verf. 196 Fälle von verschiedenen Sprachanomalien beobachtet, darunter 53 Fälle von Aphasie, 41 von Stammeln, 4 von nasaler Sprache und 98 von Stottern.

Bei dem grösseren Theil der Fälle soll die Behandlung ein günstiges Resultat erzielt haben.

v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

175) **H. Küttner. Struma syphilitica.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik von Prof. v. Bruns. *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

In dem ersten Falle war die seit der Jugend vorhandene Struma in letzter Zeit schneller gewachsen und hatte Schmerzen, Athembeschwerden und eine Recurrensparese verursacht; da auch die benachbarten Lymphdrüsen angeschwollen waren, nahm man anfänglich eine maligne Struma an.

In dem zweiten Falle bestanden schon längere Zeit Athembeschwerden, die vor 1 Jahre hochgradige, aber nach einigen Wochen vorübergehende Athemnoth verursacht hatte, die sich nunmehr wiederholte.

Im ersten Falle handelte es sich um die fibröse, im zweiten um die gummöse Form.

Weiterhin bespricht K. die Erscheinungen, die die Syphilis in ihrer Frühperiode und in den späteren Stadien resp. als hereditäre Lues hervorrufen kann.

A. ROSENBERG.

176) **Potier. Primäres Lebercarcinom und Kropf. (Cancer primitif du foie et goitre.)** *Société anatomique. 7. Juli 1899.*

Verf. demonstrirt Präparate von einem Krebsknoten der Leber. Der Fall war mit einem hämorrhagischen Kropf combinirt. Es fragt sich, ob das primäre Neoplasma nicht in der Schilddrüse sass und die Leberknoten auf metastatischem Wege entstanden sind. Die histologische Untersuchung zeigt jedoch, dass der Schilddrüsentumor nicht carcinomatös ist, während die Leberknoten ein trabeculäres Epitheliom darstellen. Es handelt sich demnach um ein primäres Lebercarcinom.

PAUL RAUGÉ.

177) **A. E. Barker. Papillöses Carcinom der Schilddrüse. (Papilliferous carcinoma of thyroid gland.)** *Trans. Path. Soc. London. 1899. British Medical Journal. 21. Januar 1899.*

Weiterer Bericht über einen bereits früher in der Path. Soc. Trans. mitge-

theilten und in dieser Zeitung beschriebenen Fall. Die Krankheitsdauer belief sich insgesammt auf 18 Jahre, während dieser Zeit musste das recidivirende Gewächs am Halse wiederholt operirt werden. Im August 1898 bildete sich an der linken Halsseite ein ausgedehntes Hämatom, welches den Exitus durch Erstickung herbeiführte. Die Quelle dieses Hämatoms lag wahrscheinlich in einigen Zotten oder intracystischen Fortsätzen, welche bei der letzten partiellen Entfernung des Tumors in der Umgebung des Larynx zurückgelassen waren. WAGGETT.

178) **J. Gomez Oxanna** (Madrid). **Die Sterblichkeit nach der Thyroidectomie. (La mortalidad despues de la tiroidectomia.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 15. 1899.*

Verf. stellte Versuche an Hunden an und gelangt zum Schluss, dass nach vollständiger Exstirpation der Schilddrüse der Tod gewöhnlich in dem Zeitraum von 2 Monaten eintritt. R. BOTEY.

179) **Mabille** (Reims). **Ueber die Wirkung des Arseniks gegen die Schädlichkeiten der Thyreoidinbehandlung.** *Die Heilkunde. Heft 9. 1899.*

M. empfiehlt auf Grund klinischer und experimenteller Erfahrungen zur Verhütung schädlicher Thyreoidwirkungen die gleichzeitige Anwendung eines Arsenpräparates. CHIARI.

180) **Jannin** (Chexbres). **Constitutioneller Jodismus, Thyroidismus und Basedow (Iodisme constitutionnel, thyroidisme et maladie de Basedow.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 5. 1899.*

Verf. setzt in einer lebhaften Meditation die drei genannten Begriffe auseinander und legt ihre nahe Verwandtschaft dar. Unter Jodisme constitutionnel versteht er nicht die acute oder chronische Jodintoxication mit ihren bekannten Symptomen, sondern den latenten Thyroidismus, wie er namentlich in Gegenden des endemischen Kropfes häufig vorkommt. Dieser Zustand, welchen er auch als denjenigen der „deséquilibrés de la thyroide“ bezeichnet, charakterisirt sich durch Nervosität, Herzklopfen, Magerkeit, Hungergefühl, bei geringer oder stärkerer Veränderung der Schilddrüse. Bei solchen Individuen kann jede, selbst die minimalste Jodbehandlung in kurzer Zeit das vollständige Bild des Thyroidismus, selbst mit Exophthalmus, typischem Basedow hervorbringen. Es ist klar, dass hier nicht die Jodwirkung, sondern die auf veränderter Function der Schilddrüse gegründete Constitution des Individuums das Wesentliche ist. Verf. führt 5 theils selbst beobachtete typische Fälle dieser Art auf. Bekanntlich ruft auch der Genuss der Schilddrüsenpräparate bei Manchen ähnliche Erscheinungen des constitutionellen Jodismus und Thyroidismus hervor.

Am Schluss führt Verf. die physiologischen Theorien Cyon's (Archiv für Physiologie 1898) von der regulirenden Bedeutung des Thyrojodins (Baumann) auf die antagonistischen Herznerven, und von der antitoxischen Wirkung des Natrium phosphoricum gegen das Jod u. s. w. an. JONQUIÈRE.

181) **Veslin** et **Leroy** (Evreux). **Basedow'scher Symptomencomplex bei einem Kropfkranken auftretend; Heilung durch Electricität. (Syndrome goitre exoph-**

talmique survenue chez un goitreux. Guérison par l'électricité.) *Presse méd. Juni 1899.*

Unter dem Einfluss grosser Anstrengungen stellten sich bei dem kropfkranken Patienten Symptome des Morbus Basedowii ein. Die electrische und hydrotherapeutische Behandlung führte in drei Monaten eine erhebliche Besserung und nach einem Recidiv totale Genesung herbei, die 9 Monate anhält. Der ursprüngliche Kropf blieb bestehen.

PAUL RAUGÉ.

182) **Maurice Faure** (Paris). **Ein mit Myxoedem combinirter tödtlich verlaufender Fall von Basedow'scher Krankheit. (Une observation de maladie de Basedow mortelle avec coexistence de myxoedème.)** *Presse méd. 23. September 1899.*

Das Zusammentreffen beider Erkrankungen ist selten. Es existiren im Ganzen 11 Fälle, die sich folgendermassen eintheilen lassen:

1. Fälle, in denen sich die Basedow'schen Symptome im Verlauf des Myxödems entwickelten.
2. Fälle, bei denen die myxödematösen Symptome im Verlauf der Basedowschen Krankheit erschienen.
3. Fälle, bei denen die Basedow'schen und die myxödematösen Symptome sich gleichzeitig entwickelten und
4. Fälle mit wenig charakteristischen Symptomen (accidents frustes), die nicht ganz dem Bilde beider Affectionen entsprachen.

Bekanntlich führen manche Autoren das Myxödem auf einen Mangel, die Basedow'sche Krankheit dagegen auf einen Ueberschuss an Secreten der Thyreoidea zurück. Es ist also nicht abzusehen, wie diese beiden einander entgegengesetzten Leiden gleichzeitig bestehen können. Diese Autoren haben denn auch Beobachtungen von der Art der von F. mitgetheilten, angezweifelt. Sie nehmen an, dass die beiden Krankheiten nicht gleichzeitig bestehen, sondern nur auf einander folgen können.

F.'s Fall aber bietet nach dieser Richtung nicht den geringsten Zweifel und er verdiente deshalb auch publicirt zu werden.

PAUL RAUGÉ.

183) **P. Courmont** (Lyon). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophtalmique.)** *Soc. d. Sciences méd. de Lyon. Juli 1899.*

Es handelt sich um eine frühere Hysterica, die nach Dehnung des Sympathicusstammes eine recht bedeutende Besserung der Basedow'schen Krankheit erfuhr. Ausser dem vollständigen Symptomencomplex des genannten Leidens zeigte die Pat. trophische Störungen beider Unterextremitäten in Form zweier symmetrischer indurirter Plaques, die nicht schmerzhaft und von sclerodermatischem Aussehen waren.

PAUL RAUGÉ.

184) **Francois Franck** (Paris). **Physiologischer Beitrag zur Frage der Sympathicus-Resection am Menschen bei Basedow'scher Krankheit. (Introduction physiologique à la question de la sympathicotomie chez l'homme dans la maladie de Basedow.)** *Académie de Méd. 23. Mai 1899.*

Um den Klinikern Indicationen zu geben, an die sie sich halten können,

giebt Verf., gestützt auf die bekannten Thatsachen wie auf seine eigenen Untersuchungen, einen übersichtlichen Bericht über die Wirkungen, welche die Ausschaltung des Halssympathicus auf die Circulation der Thyreoidea, auf das Auge, das Herz und Gehirn ausübt.

I. Der Halssympathicus ist der Vorschieber des Augapfels und zwar durch die Thätigkeit des Müller'schen Muskels, und nicht durch eine vasodilatatorische Wirkung, die keinesfalls erwiesen ist. Die Resection desselben vermindert also den Exophthalmus oder beseitigt ihn vollständig.

II. Der Sympathicus wirkt auf die intra-oculäre Circulation als Constrictor und Dilatator zugleich. Seine Resection verringert die intra-oculäre Spannung, daher die nützliche Wirkung beim Glaukom.

III. Er wirkt als Vasoconstrictor der Schilddrüse. Seine Resection kann also bei der Basedow'schen Krankheit die active Congestion durch eine paralytische Gefässerweiterung nur noch vermehren.

IV. Nichts beweist einen excito-secretorischen Einfluss des Sympathicus auf die Thyreoidea.

V. Der Sympathicus ist ein Vasoconstrictor des Gehirns. Eine Resection desselben kann daher den cerebralen Blutlauf vermehren, ist also umsomehr als vortheilhaft anzusehen, wenn man die freilich noch sehr discutable Theorie von der Hirnanämie zulässt.

VI. Der Halssympathicus wirkt nicht direct auf die Gefässe des Pons und der Medulla.

VII. Die herzbeschleunigenden Sympathicusfasern werden nur zum geringen Theil vom Halssympathicus geliefert. Die Mehrzahl entspringt aus der thoracalen Portion. Die Ausschaltung wäre demnach nur durch totale Resection eine vollständige.

VIII. Der sympathische Apparat ist mit Sensibilität begabt und leitet nach dem Bulbus und Cervicodorsalmark durch centripetale Fasern die Erregungen, welche vom Herzen und der Aorta ausgehen. Es ist logisch, anzunehmen, dass die Resection des Sympathicus wenigstens soviel bewirkt, dass sie sowohl die Uebertragung anormaler Erregungen cardio-aortischen Ursprungs auf die Centren, als auch die centrifugalen Einflüsse auf die Schilddrüse, das Gehirn und Herz unterdrückt.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

185) **Depage. Oesophagusdivertikel. (Diverticulum de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 13. 1899. Journ. Méd. de Bruxelles. No. 12. 1899.*

70jährige Dame, seit 20 Jahren von dem Uebel behaftet, kann seit 8 Tagen gar nicht mehr schlucken. D. machte die Operation mit Erfolg.

Das Divertikel ist mehr ein Pharynx- als ein Oesophagusdivertikel.

BAYER.

186) **Schwalbe. Ueber ein Pulsionsdivertikel.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 44. 1899.*

Mittheilung eines Falles mit Bemerkungen über die Diagnose, Aetiologie

und Therapie. Der wechselnde Sondenbefund ist ein Hauptkennzeichen der Divertikel; der betr. Kranke zeigte als erstes Symptom das Ausspeien von angesammeltem Speichel. Das Divertikel lag oberhalb des Ringknorpels, was auch durch die Radiographie bestätigt wurde. Radicalheilung ist nur durch die Operation zu erzielen, doch giebt auch die methodische Sondirung in Folge der moralischen Einwirkung gute Erfolge.

SCHECH.

187) **Anna Moesta** (Neidenburg). **Ueber ein Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** Aus dem pathol. Institut. Züricher Dissertat. Zürich bei Orell Füssli. 1899.

Verf. hebt hervor, dass die Aetiologie der Pulsionsdivertikel gegenüber der Einfachheit bei den Tractionsdivertikeln eine noch umstrittene sei. Nach dem Befund bei seinen Fällen neigt er zu der Ansicht, dass es sich nicht sowohl um traumatische, als um congenitale Entstehung handle, wofür auch die ausschliessliche Localisation an der Hinterwand des Uebergangstheiles des Pharynx in den Oesophagus spreche. Die beiden Anschauungen lassen sich wohl leicht vereinigen, d. h. die congenitale Anlage als eine starke Prädisposition bei selbst ziemlich geringfügigen Traumen, wie durch Erbrechen u. a. m. Der vorliegende Fall wurde bei der Section eines Verunglückten zufällig entdeckt, und die Nachforschung bei den Verwandten ergab, dass diese Divertikel im Leben nie Symptome gemacht hatten. Es war an der hinteren Wand der Speiseröhre, etwas nach links gerichtet, eine haselnussgrosse, circumscripte Ausbuchtung von $1^1/_2$ cm Tiefe. Der fast kreisrunde Eingang war $1^1/_2$—2 cm breit, die Wand des Sackes 2 mm dick. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Musculatur des Oesophagus sich nicht in den Sack erstreckte, wohl aber das perimusculäre Bindegewebe, welches sich mit dem submucösen Bindegewebe zu einer breiten Schicht vereinigte, und hierdurch wird Verf. für seinen Fall von der rein congenitalen Aetiologie überzeugt, welche Auffassung er für alle Pulsionsdivertikel annehmen zu dürfen glaubt.

JONQUIÈRE.

188) **Segond** (Paris). **Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 26. Juli 1899.*

Ein Stück von einem Gebiss wurde nach der Röntgenaufnahme durch die äussere Oesophagotomie beseitigt.

S. hält dieses Verfahren für das einzig richtige, wenn es sich darum handelt, irreguläre und spitze Fremdkörper zu entfernen, die beim Extrahiren auf natürlichem Wege eine Läsion des Oesophagus hervorbringen können.

Lucas-Championnière sagt, dass er in einem analogen Falle durch die Röntgenuntersuchung zu keinem positiven Ergebniss gelangen konnte. Er stimmt der Ansicht des Vorredners bei hinsichtlich der Gefährlichkeit des Graefe'schen Instruments und erinnert an den Fall von Broca, welcher beim Extrahiren eines Knochens aus dem Oesophagus die Carotis öffnete, so dass Patient unter seinen Händen verblutete.

Reclus ist der Meinung, dass man vor Ausführung der Oesophagotomie das Graefe'sche Instrument versuchen darf.

Poirier lässt den Gebrauch des Instrumentes zu für runde Körper und

selbst zur Herausholung eines Gebisses, aber nur unter der Bedingung, dass man, falls der Fremdkörper sich festkeilt, nicht ziehen darf, sondern sofort die äussere Oesophagotomie ausführt.

Kirmisson ersetzt das Graefe'sche Instrument durch ein eigens construirtes, welches viel weniger voluminös ist. PAUL RAUGÉ.

189) **G. A. Syme** (Melbourne Victoria). **Zwei Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus, die den Werth der Röntgenstrahlen als diagnostisches Mittel und den des electrischen Münzenfängers zum Entfernen derselben erweisen. (Two cases of foreign body in the oesophagus, showing the value of the X rays as a means of diagnosis and of the electric coin-catcher for their removal.)** *Intercolonial Med. Journal. August 1899.*

Die beiden Fälle betrafen Knaben im Alter von 11 und 7 Jahren. Die im Oesophagus befindlichen Fremdkörper (Penny und Knopf) waren deutlich auf der Röntgenplatte zu sehen. Der elektrische Münzenfänger ist so construirt, dass er bei Berührung mit einem metallischen Gegenstande die Glocke zum Läuten bringt und auf diese Weise das Entfernen desselben erleichtert. A. T. BRADY.

190) **Phocas. Fremdkörper im Oesophagus bei einem Kinde. (Corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant.)** *Nord Médical. 1. October 1899.*

Der Fall betrifft ein 7jähriges Kind, das ein Geldstück (10 Centimes) verschluckt hatte. Der intensive Schmerz verschwand nach wenigen Minuten; dann traten Schluckbeschwerden ein. Das Röntgenbild zeigte, dass das Geldstück in der Höhe des Proc. ensiformis gelegen war. Es wurde ohne Schwierigkeit mit dem Kirmisson'schen Instrument herausgeholt. Verf. warnt vor Anwendung des Gräfe'schen Instruments. A. CARTAZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **D. Braden Kyle. Lehrbuch der Nasen- und Halskrankheiten. (A text-book of diseases of the nose and throat.)** Verlag von W. B. Saunders. Philadelphia 1899.

Verf. hat, soweit dies möglich ist, die einzelnen Erkrankungen nach ihren pathologischen Erscheinungen gruppirt. Die lithographischen Tafeln und Originalabbildungen, die das Werk enthält, sind nach Präparaten verfertigt, die Verf. in seinem eigenen Laboratorium gemacht hat. Die Zeichnungen stammen von Fällen her, die er selbst in Beobachtung hatte.

Fin kurzes, aber werthvolles Kapitel, betitelt „Larynxoperationen", ist von W. W. Keen bearbeitet worden.

Das Buch ist nach vielen Richtungen empfehlenswerth, denn es ist metho-

disch in der Einleitung, vollkommen in der Beschreibung und glatt im Ausdruck. Im therapeutischen Theil finden wir eine genaue Anweisung zur Handhabung der angeführten Mittel.

Ein Buch wie dieses wendet sich an einen möglichst grossen Leserkreis; deshalb erscheint es nicht gerechtfertigt, Behandlungsmethoden zu übergehen, welche in den Händen vieler Autoren Gutes geleistet haben. Selbst dann ist hierfür noch kein Grund vorhanden, wenn Verf. diese Methoden selbst nicht rühmen kann. Wir finden z. B. nicht erwähnt die Punctur der unteren Muschel bei hypertrophischen Zuständen, ferner die Asch'sche Operation bei Deviation des Septums. Diese Versäumnisse sollten in eventuellen späteren Auflagen nachgeholt werden.

Die Ausführung des Werkes zeugt von peinlichster Sorgfalt und Gründlichkeit und verräth eine nicht unbedeutende persönliche Erfahrung.

Die ungewöhnlich guten Illustrationen, die Klarheit des Textes und ein erschöpfendes Register machen das Buch besonders werthvoll. Der Verf. hat ohne Zweifel unsere Literatur um ein gutes Werk bereichert. Emil Mayer.

---

b) **Cornelius Godfrey Coakley,** A. M., M. D. **Handbuch der Nasen- und Halskrankheiten. (A manual of diseases of nose and throat.)** Verlag von Lea Brothers & Co. New York u. Philadelphia. 1899.

In diesem kaum 500 Seiten starken Buch, welches für Studirende und Praktiker bestimmt ist, hat Verf. aus der Fülle der medicinellen und operativen Maassnahmen nur diejenigen herausgewählt und in eingehendster Weise beschrieben, welche ihm als die besten erscheinen. So werden z. B. im Abschnitt über die adenoiden Vegetationen des Nasopharynx nur die Löwenberg'sche Zange und die Gottstein'sche Curette als geeignete Instrumente zur Beseitigung derselben angeführt. Der Autor verfolgt eben nur das eine Ziel, seine eigenen Ansichten in einer möglichst knappen Form niederzulegen und dieses Ziel hat er auch erreicht. Ein besonderes Kapitel giebt eine Zusammenstellung von Recepten.

Die Sprache des Handbuchs ist glatt und klar. Zweifellos wird dasselbe sowohl dem Studirenden als auch dem beschäftigten Praktiker gute Dienste erweisen. Emil Mayer.

---

c) **M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Mit 89 grösstentheils Originalabbildungen. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig u. Wien 1899. 328 Ss.

Seit einer Reihe von Jahren fragten sich Hajek's Schüler, wann sein Lehrbuch erscheinen würde. Als dann ein Jahr nach dem anderen verstrich, ohne dass es herauskam, begannen sie daran zu zweifeln, dass es jemals erscheinen würde. Jetzt aber ist jede Besorgniss geschwunden. Das Werk ist da; es befindet sich bereits in den Händen vieler Leser, und deren Zahl wird sicher-

lich noch zunehmen, sobald die Nachricht vom Erscheinen des Buches erst weitere Verbreitung erfährt.

Hajek ist der Meinung, dass jeder Fortschritt in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase durch eine genauere Kenntniss der normalen und pathologischen Anatomie dieser Theile zu Tage gefördert wurde und auch nur durch diese gefördert werden konnte. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat er bisher in seinen Vorlesungen und Cursen den anatomischen Verhältnissen das Hauptgewicht zugewendet und auch in dem vorliegenden Werke behandelt er die Anatomie der verschiedenen Nebenhöhlen in besonderen und ausführlichen Kapiteln.

Das Buch ist eingetheilt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil; ersterer beschäftigt sich mit der Aetiologie, Symptomatologie und der Diagnose im Allgemeinen, wobei in erster Linie die excitirenden Ursachen der Nebenhöhlenentzündungen, sowohl der „genuinen“ (nach Influenza etc.), als auch der „fortgeleiteten“ (nach traumatischen Einflüssen, Zahnleiden etc.) besprochen werden, ferner die Art ihrer Entwicklung, die Tendenz mancher Fälle zu spontaner Heilung und die Neigung anderer zum Chronischwerden. Der Ausgang in Chronicität ist hauptsächlich anatomischen Eigenthümlichkeiten zuzuschreiben, durch welche die natürlichen Oeffnungen verlegt werden. Es gilt das wenigstens für die sogenannten „genuinen“ Nebenhöhlenentzündungen.

Die Symptome werden eingetheilt in locale, entfernte und solche, welche durch Complicationen entstehen. Unter den ersteren sind der Kopfschmerz und die Geruchsstörungen zu nennen, die bisweilen auf den Einfluss des Leidens auf die oberen Luftwege und den Magen zurückzuführen sind. Zu den entfernten Symptomen rechnet er gewisse allgemeine Veränderungen, die sich als congestive oder depressive Zustände charakterisiren.

Die Diagnose kann nur mit Hülfe der rhinoskopischen Untersuchung gestellt werden. Damit diese erfolgreich ausfällt, ist eine genane Kenntniss der Anatomie der Nebenhöhlen, besonders der lateralen Nasenwandungen, absolut nothwendig. Daher wird dieser Theil der Anatomie vom Verf. am sorgfältigsten beschrieben. Und ebenso erschöpfend werden die Methoden besprochen, welche den Catheterismus der Oeffnungen des mittleren Nasenganges ermöglichen. Das Verständniss des allgemeinen Baues des Siebbeinlabyrinths ist sehr erleichtert durch ein bewunderungswürdiges, schematisches Diagramm (S. 26).

Der allgemeine Theil schliesst mit einer wohldurchdachten Beschreibung der Wege, auf welchen man zur Diagnose und Differentialdiagnose der entzündlichen Affectionen der ersteren oder vorderen Gruppe der Nebenhöhlen gelangt.

Der specielle Theil beschäftigt sich zuerst mit der Anatomie des Antrum maxillare, seinen typischen und gewissen anormalen Formen. Dann folgt die Aetiologie und pathologische Anatomie der entzündlichen Affectionen der Kieferhöhle, die subjectiven und objectiven Symptome, die Diagnose und Therapie.

In diagnostischer Hinsicht misst Verf. den Hauptwerth den Resultaten der Probepunction durch den mittleren Nasengang mit nachfolgender Irrigation oder Aspiration zu. Er macht dabei aber einige werthvolle Angaben über die unliebsamen Zwischenfälle, welche durch die Probepunction bedingt werden können,

und die besten Methoden, sie zu vermeiden. Die Durchleuchtung betrachtet er als ein werthvolles Hülfsmittel, das aber keinesfalls für die Diagnose entscheidend ist. Die conservative Behandlungsmethode mit Ausspülung durch die natürliche Oeffnung ist seiner Ansicht nach bei den acuten Empyemen von grossem Werth, jedoch nutzlos in chronischen Fällen. Wenn er die Eröffnung von der Alveole aus auch als empfehlenswerth anerkennt, so spricht er sich doch mehr zu Gunsten der intranasalen Methode durch den unteren Nasengang aus; er erkennt diese mehr an als die meisten anderen Autoren, obwohl er sie für viel weniger geeignet hält, als die Operationen von der Fossa canina aus.

Dieser letztgenannte Eingriff soll sich in relativ frischen Fällen auf eine zwecks Irrigation angelegte kleine Oeffnung beschränken; dagegen erscheint in veralteten Fällen die weite Abtragung der facialen Wand des Antrum nothwendig. Die Nach- und Nebenbehandlung besteht hauptsächlich in der regelmässigen Entleerung des Secrets, in Injectionen mit caustischen Lösungen von Argent. nitric., ferner in der intranasalen Behandlung der pathologischen Zustände, welche der Heilung im Wege stehen, wie Abtragung von Polypen oder anderen Anomalien im mittleren Nasengang und selbst Resection des vorderen Theils der mittleren Nasenmuschel.

Die auf die Stirnhöhlenentzündungen bezüglichen Punkte sind in der gleichen Weise geordnet. Verf. beschreibt die bemerkenswerthen Varietäten hinsichtlich der Weite des Hiatus semilunaris und die verschiedene Lage des Orificium frontale in dieser Rinne. Er ist geneigt, die Stirnhöhle zu catheterisiren, giebt jedoch zu, dass man dieses in einer grossen Anzahl von Fällen nicht ohne Entfernung des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel ausführen kann und dass selbst nach diesem Eingriff der Catheterismus noch häufig nicht durchführbar ist. Er beschreibt ausführlich die conservativen oder intranasalen Methoden, zu denen er die Resection der mittleren Muschel rechnet; diese führen auch bei chronischem Empyem manchmal noch zur Heilung, wie er das selbst in 9 von 27 Fällen constatiren konnte.

Die Schäffer'sche Punction hält er für unannehmbar aus vielen Gründen. Die chirurgischen Methoden bestehen entweder im Trepaniren oder in der Radicaloperation; bei Ausführung der letzteren giebt er der Kuhnt'schen Methode den Vorzug.

(Die Bezugnahme auf Figur 46, Seite 126 ist offenbar ein Irrthum. In der Bibliographie der Stirnhöhle vermissen wir die Untersuchungen von Tilley und Logan Turner.)

Es folgt die Beschreibung der Siebbeinzellen, zuerst der vorderen Gruppe. Ihre Anatomie ist durch viele Zeichnungen sowohl der typischen, als auch der abweichenden Formen illustrirt. Verf. citirt einige interessante Beispiele von übermässiger Ausdehnung der Siebbeinzellen nach vorn und nach hinten. Er protestirt gegen die Annahme der von Woakes beschriebenen nekrotisirenden Ethmoiditis und weist darauf hin, dass er als Erster die Unhaltbarkeit dieser Theorie dargelegt hat. Die verschiedenen Varietäten der geschlossenen Form der latenten Siebbeinempyeme sind durch schematische Zeichnungen (S. 199 und 200) trefflich illustrirt. Die Diagnose der offenen Form ist hauptsächlich dann zu

stellen, wenn nach Entleerung der Sinus frontalis und maxillaris der Eiter unmittelbar wiederkehrt. Obwohl man zuweilen den Ausfluss aus den Höhlen, welche zwischen Bulla und dem lateralen Ansatz der mittleren Nasenmuschel gelegen sind, direct beobachten kann, ist dies gewöhnlich doch nur nach Resection der mittleren Muschel möglich. Die Behandlung kann eine intranasale oder eine äussere sein; doch ist zu letzterer bloss dann zu schreiten, wenn die Affection zu einem Orbitalabscess mit oder ohne Fistelbildung oder zu meningitischen Symptomen geführt hat; ferner wenn die Eiterung trotz einer längere Zeit durchgeführten intranasalen Behandlung nicht weicht. Die Entfernung polypöser Auswüchse und anderer Hindernisse ist vor Allem vorzunehmen; erweist sich dies als ungenügend, so ist die weite Eröffnung der Siebbeinzellen indicirt. In vielen Fällen bewirken die rein intranasalen Operationsmethoden nicht die vollständige Heilung und Verf. erörtert deshalb gleich die Frage, ob man dann die äussere Operation ausführen soll oder nicht. Er versetzt sich selbst in die Lage des Patienten und denkt darüber nach, ob er, nachdem er von den Kopfschmerzen und anderen Depressionszuständen befreit worden ist, sich dazu verstehen würde, sich einer weiteren Operation zu unterwerfen, welche meist noch eine gewisse Entstellung des Gesichts mit sich bringt, oder ob er sich mit dem erreichten Zustand relativer Heilung begnügen würde, wenn er dabei auch etwas mehr Taschentücher verbraucht als andere Leute. Sollte man sich für die äussere Operation entscheiden, so hat man die Wahl zwischen der Kuhnt'schen und der Grünwald'schen Methode zu treffen, die H. beide näher beschreibt. Er selbst ist dafür, sich so lange als möglich auf die intranasale Behandlung zu beschränken.

Die combinirten Empyeme der vorderen Gruppe der Nebenhöhlen erfordern eine sorgfältige Beachtung. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass Stirnhöhlenempyeme bestehen können, ohne irgend welche subjectiven Symptome zu verursachen und dass das Antrum als Behälter für den Eiter dienen kann, welcher aus den Stirnhöhlen zum Hiatus semilunaris hinabfliesst. Das letztere tritt um so leichter ein, wenn der Processus uncinatus hypertrophisch und die mittlere Nasenmuschel so gebaut ist, dass der Hiatus semilunaris in einen tubulösen Canal mündet.

Die Anatomie der Keilbeinhöhlen wird erschöpfend beschrieben und durch vortreffliche Zeichnungen illustrirt, welche nach eigenen und Zuckerkandl-schen Präparaten verfertigt sind. Die Katheterisation dieser Höhlen wird ebenfalls eingehend besprochen. Hajek findet die Entfernung zwischen der unteren Nasenwand und der vorderen Wand der Keilbeinzelle variabel, aber nicht in einem sehr hohen Grade, es hängt das vom Alter des Individuums und seiner Schädelbildung ab. Bei Erwachsenen beträgt diese Entfernung 6—8 cm und nur bei Kindern unter 15 Jahren weniger als 6 cm. Zur Behandlung der Eiterung dieser Höhle empfiehlt Verf. die Vergrösserung der natürlichen Oeffnung oder die Anlegung einer künstlichen mit Hilfe seines Hakens.

Ein interessantes Capitel ist den Beziehungen der Sinuserkrankungen zur Ozaena gewidmet. Verf. citirt eine Reihe von Fällen und kommt zu dem Schluss, dass die Ozaena in der Mehrzahl der Fälle das Resultat einer Eiterung in gewissen Irritationsherden ist und dass die Secretion von Stellen herstammt, an denen die

Schleimhaut sich thatsächlich in einem hypertrophischen Zustande befindet, und nicht von atrophischen Stellen. Die Atrophie schreibt er dem Einfluss der eitrigen Secretion zu, welche über diese Partien beständig hinwegfliesst. Soweit stimmt Hajek also mit Michael und Grünwald überein, ohne jedoch deren Ausführungen in ihrem ganzen Umfange zu acceptiren.

Ein verhältnissmässig grosser Raum ist diesem anscheinend engen Gebiete gewidmet. Diejenigen aber, welche practisch auf demselben thätig sind, werden zugeben, dass die Grenzen des Gebietes durch die Schwierigkeit und Verschiedenartigkeit der einzelnen Fälle thatsächlich sehr weite sind, und die erfahreneren Specialisten werden das Bedürfniss nach einem Werke, in dem alle diese Schwierigkeiten durch eine unbefangene Discussion und ein exactes Studium klargestellt werden, längst empfunden haben. Alle aber, deren Erfahrung noch geringer ist, werden gut thun, dieses klar und verständlich geschriebene Werk gründlichst durchzuarbeiten. Der verständige Mittelweg, den Verf. bei der Erörterung der so weit auseinander gehenden Ansichten einhält, seine therapeutische Richtung, welche weder ultra-conservativ, noch ultra-radical ist, verdient besonders anerkannt zu werden. Wir haben die Ueberzeugung gewonnen, dass Hajek die Methoden der verschiedenen Autoren ihrem wahren Werthe nach eingeschätzt hat und wir zweifeln nicht daran, dass jeder aufmerksame Leser sich davon leicht überzeugen wird. Hajek's Buch darf als werthvolle Bereicherung der rhinologischen Literatur begrüsst und empfohlen werden. Dundas Grant.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Siebente Jahresversammlung in Utrecht, 10. und 11. Juni 1899[1]).

Vorsitzender: Herr Guye.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender; Moll, Schatzmeister; Burger, Schriftführer, Bibiothekar. — Anlässlich eines Leitartikels von Felix Semon im Centralblatt (Juni 1899) wird einstimmig die folgende Resolution angenommen:

Die Gesellschaft spricht als ihre Meinung aus, dass bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen der Laryngologie sowohl wie der Otologie die Stellung voller und unabhängiger Sectionen gewährt werden soll.

I. H. Zwaardemaker (Utrecht). A. Ueber die acustische Bedeutung der Stapes-Extraction.

B. Demonstration von an Stotterern gewonnenen Graphiken.

Diese Curven der Sprachbewegungen sind mittelst der in der vorjährigen

1). Für den ausführlichen Sitzungsbericht s. d. Monatschr. f. Ohrenheilkunde.

Versammlung (s. Monatsschr. für Ohrenheilk. 1898, No. 9) demonstrirten Methode gewonnen. Es zeigt sich bei diesen Fällen, die sämmtlich auf fast erwachsene Personen sich beziehen, dass immer die Kiefer-, die Lippen- und die Zungenmuskeln sich constant an den choreatischen Bewegungen betheiligen. Sämmtliche Athemcurven sind normal.

Discussion: Sikkel, Zwaardemaker.

II. H. Burger (Amsterdam). Demonstration der experimentellen Recurrensparalyse und der experimentellen Porticusausschaltung.

Der Vortrag schliesst sich der Arbeit des Verf.'s im Archiv f. Lar. (Bd. IX, S. 203) an. Die Grossmann'sche Hypothese ist unhaltbar. Auch stützt sie sich auf theils ungenügende, theils unrichtige experimentelle Angaben. B. demonstrirt 2 Hunde mit beiderseits durchschnittenen Recurrentes; einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und durchschnittenem rechten Recurrens. Das Larynxbild nach beiderseitiger Recurrensparalyse hat grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde nach dem Tode und weist nicht die geringste Analogie mit der klinischen Medianstellung auf. Die posticuslosen Stimmbänder sind der Medianlinie näher gerückt als nach der Recurrensdurchschneidung. Sie zeigen noch deutliche, aber geringe respiratorische Excursionen, welche niemals die Cadaverstellung nach aussen hin überschreiten. Diese Experimente bestätigen durchaus die alte Auffassung der Posticuslähmung.

Discussion: Reintjes, Pel, Sikkel, Burger.

III. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam). A. Ein Fall von Ictus laryngis.

Anfälle von plötzlich auftretender Bewusstlosigkeit bei einem starken Raucher, der einen chronischen Nasen- und Rachenkatarrh und geringes Gefässatherom hat. Einfaches Husten oder Lachen genügt, um einen Anfall auszulösen.

Discussion: Pel, van Leyden, Moll, Reintjes, Posthumus Meyjes.

B. Ein Fall von Carcinom des Mediastinum ant. bei einem Patienten mit Skoliose des Kehlkopfes.

Patient ist ein Mann von 60 Jahren mit Heiserkeit, geringer Empfindlichkeit beim Schlucken und Anfällen von Athembewegung. Starke Stauung im Gebiet der V. cava sup. Linksseitige Skoliose der unteren Hals- und oberen Brustwirbel. Die beiden Schildknorpelplatten machen einen abnorm scharfen Winkel, prominiren excessiv und stehen fast ganz transversal. Die Prominenz des Pomum Adami hat sich der Skoliose parallel entwickelt. Im Kehlkopfspiegel steht die Glottis fast transversal. In der rechten Fossa supraclavicularis ist eine Geschwulst fühlbar.

Die Section bestätigt die Diagnose Carcinoma mediastini.

Discussion: Burger.

IV. H. Braat (Arnheim). A. Die Anwendung von Formaldehyd in unserer Praxis.

B. hat von diesem Mittel in $1^0/_{00}$ ger Lösung gute Resultate bei chronischen

Kieferhöhlen- und Mittelohreiterungen gesehen. Auch bei Siebbeineiterung hat sich vorsichtige Anwendung einer 1 proc. Lösung bewährt.

Discussion: Zaalberg, Braat.

B. Asthmabehandlung.

Die neben der Nasenblutung immer nothwendige Allgemeinbehandlung wird von den Specialisten oft zu wenig berücksichtigt. Jeder Asthmatiker ist nervenkrank. B. lässt seine Patienten Zimmergymnastik machen, verordnet das Tragen mit Jäger-Wolle gefütterter Schuhe, resp. kameelwollener Strümpfe, empfiehlt kräftige Ernährung, kalte Waschungen, Aufenthalt in einem Thalklima mit gleichmässiger feuchter Temperatur. Die Resultate, die er mittheilt, sind, wenn auch die Behandlung resp. Controle lange Zeit beansprucht, sehr zufriedenstellend.

Discussion: Herr Zwaardemaker erinnert an die vor 4 Jahren von ihm entwickelte chemische Theorie des Asthma. Die Krystalle, Spiralen und eosinophilen Zellen des asthmatischen Sputums lassen sich am ungezwungensten durch die Annahme eines im Blut des Asthmakranken anwesenden und in Nase und Bronchien abgesonderten hypothetischen Stoffes erklären. Dieser Stoff reizt die Schleimhaut zu chronischen Entzündungen und verursacht in der Nase die nach der Behandlung recidivirenden myxomatösen Hypertrophien.

V. N. Saxtorph Stein (Kopenhagen). Untersuchungen über die Gehörorgane dänischer Locomotivbeamten und über das Signalgehör.

VI. G. D. Cohen Tervaert (Haag). Thrombose beider Sinus cavernosi als Complication einer Mastoiditis suppurativa mit Ausgang in Genesung.

VII. P. J. Mink (Zwolle). Die Behandlung von Nasenrachenaffectionen durch die Nase.

M. gebraucht seit Jahren für die Behandlung des Nasenrachenraumes improvisirte Watteträger von Kupferdraht von Katheterform, mit denen man an jeder beliebigen Stelle des Nasenrachenraumes Medicamente appliciren, auch dieselben massirender Weise einreiben kann. Hypertrophien der Seitenstränge, die oft von Katarrhen der unteren Nasengänge abhängig sind, wurden auf diese Weise erfolgreich behandelt, ebenso wie weichere adenoide Vegetationen.

Discussion: Posthumus Meyes, Burger, Cohen, Tervaert.

VIII. W. Schutter (Groningen): A. Ein Fall von Tumor tracheae.

Eine Geschwulst im oberen Abschnitt der Trachea wurde nach Tracheotomie entfernt, recidivirte aber und verursachte Stenosenerscheinungen. Jetzt wurden Injectionen von Liquor ferri nach Schrötter in die Geschwulst gemacht. Es trat unmittelbar Erstickung mit eminenter Todesgefahr ein, die durch Tracheotomie und künstliche Athmung gehoben wurde. Nachdem Pat. eine Pneumonie und einen Lungenabscess durchgemacht hatte, wurde sie mit einer stenosirenden Narbe ohne Canüle entlassen.

B. Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

Ein Sequester aus der Nase war in die Trachea herabgefallen. Es wurde zu der Tracheotomie unter localer Anästhesie geschritten. Als der Hautschnitt gemacht worden war, trat ein Hustenanfall ein, bei dem der Fremdkörper herausbefördert wurde.

C. Ein Fall von Hemianästhesie mit gleichzeitiger Hemiplegia laryngea.

Ein 19jähriger Pat. mit fast vollständiger Hemianaesthesia sinistra. Auch die Schleimhaut der linken Hals- und Mundhälfte ist anästhetisch. Pat. ist heiser. Das linke Stimmband ist paralysirt. Elektrische Reizung nach Cocain ergiebt: Faradische Reizung: beim gleichen Rollenabstand gleich schnelle und kräftige Contractionen auf beiden Seiten. Galvanische Reizung: KSZ gleich schnell und energisch auf beiden Seiten bei 1,5 M-A. ASZ links bei 2—3 M-A. Die Sensibilitätsstörungen schwinden unter psychischer Behandlung. Drei Jahre später ist die Stellung der Stimmbänder, sowie die elektrische Reaction unverändert; das Stimmband ist nicht atrophisch. Hieraus schliesst S., entgegen der Semon'schen Lehre, auf ein corticales Leiden.

Discussion: Pel, Burger, Posthumus Meyjes, Schutter.

IX. P. G. Brondgeest (Utrecht): Demonstration einer Patientin mit Tumor laryngis.

Ein grosses, von dem vorderen Theil des rechten Taschenbandes breit entspringendes Fibrom.

X. A. Huysman (Utrecht): A. Demonstration eines Falles von doppelseitiger Posticusparalyse bei Syringomyelie.

Die Symptome der Syringomyelie debütirten mit Skoliose; später doppelseitige Posticusparese, die zur vollständigen Paralyse geworden ist. In der letzten Zeit auch Paresen der Kehldeckelmuskeln.

B. Beitrag zur Diagnose der tertiären Rachensyphilis.

Bei einer 63jährigen, sonst immer gesunden Dame seit 3 Jahren wiederholte, sehr acut im Mund und Rachen auftretende und nach 3—4 Wochen wieder verschwindende Eruptionen von runden, schmerzhaften, scharfrandigen, mit adhärentem Belag bedeckten, oberflächlichen, jeder Behandlung trotzenden Ulcerationen. Naseneiterung ohne nachweisbare Ulceration. Abnahme der Kräfte und des Körpergewichts. Aphthen, Tuberculose und Malleus chron. werden ausgeschlossen und die Diagnose „Syphilis ignorée“, auch auf Grund circinärer Geschwüre an den Beinen und Genitalien, gestellt.

XI. P. Th. L. Kan (Leiden): Demonstration einer Patienten mit geheilter Sinusthrombose.

XII. W. Posthumus Meyjes: A. Demonstration einer Patientin mit einer Glandula thyreoidea der Zungenbasis.

Die 24jährige Patientin hat seit den Kinderjahren ein Fremdkörpergefühl im

Halse. Die rechte Hälfte der Zungenbasis wird von einer halbkugelförmigen, dunkelrothen, mit Gefässectasien versehenen, glatten, festen, schmerzlosen Geschwulst eingenommen. Die normale Schilddrüse ist nicht zu fühlen.

Discussion: Reintjes.

B. Demonstration von einigen Patienten, bei denen der Sinus frontalis und das Antrum Highmori radical operirt worden sind.

M. macht den Hautschnitt der Frontaloperation in und über die ganze Länge der Augenbraue. Aus cosmetischen Rücksichten verlängert er den Schnitt nicht nach der Nase hin, und entfernt er aus der vorderen Sinuswand nicht mehr, als zur sorgfältigen Ausschabung der Höhle dringend erforderlich ist. Er erweitert die Oeffnung nur nach dem inneren Augenwinkel hin und stellt eine bleistiftdicke Communication mit der Nase dar. Wenn nöthig, werden nun auch die vorderen Siebbeinzellen behandelt. Darauf Aetzung mit 5 proc. Chlorzinklösung, lose Jodoformgazetamponade nach der Nase zu und Verschliessung der ganzen Hautwunde. Vor Beginn der Operation entfernt er mit dem Conchotom den vorderen Theil der mittleren Muschel.

Die Operation der Kieferhöhle macht er nach Luc.

Zur Perforation der lateralen und medialen Antrumwand bedient er sich der elektrischen Trephinen.

Herr Zaalberg zeigt einen von ihm angegebenen Haken zur Fixirung des Hautlappens bei der Frontaloperation.

Discussion: Moll, Sikkel, Posthumus Meyjes, Burger.

XIII. H. van Anrooy (Rotterdam): A. Demonstration eines Falles von Trauma laryngis.

Der Pat. ist vor 2 Monaten mit dem Hals auf den Rand eines Wagens gefallen. Sogleich Schluckschmerzen, Athembehinderung, Blutauswurf. Vorübergehende Schwellung am Halse. Starke Schwellung und Fixirung der rechten Kehlkopfhälfte; auch Schwellung links. Die Tracheotomie ist dringend angezeigt, wird aber verweigert. Die zunehmende Schwellung und Schmerzhaftigkeit lässt auf eine Perichondritis thyreoidea post fracturam schliessen.

Discussion: Guye.

B. Demonstration eines Tonsillolithen.

Der linke vordere Gaumenbogen war vorgebaucht und gelblich verfärbt, als ob ein Abscess durchschimmerte. Mit der Sonde wurde der grosse Mandelstein gefunden.

C. Demonstration eines Choanalpolypen.

Ein stattliches Exemplar, das bei der Digitalexploration gelöst und per os entfernt wurde.

XIV. F. Schultze (Duisburg): Die chirurgische Behandlung des Nasenlupus.

Hauptprincip ist die totale Excision. Die Behandlung des Schleimhautlupus

besteht in Spaltung der Nase in der Mitte und Extension der Nasenflügel, Exstirpation, Transplantation der sämmtlichen Wundflächen. Sind innere und äussere Nase erkrankt, so wird in erster Linie nur die Heilung der äusseren Hautdecken erstrebt und später der Schleimhautlupus behandelt. Bei Rückwärtslagerung der Nasenpfeiler werden dieselben mit möglichst dickem Durchmesser gelöst und an ihrer ursprünglichen Stelle aufgerichtet: weiter Plastik aus der Stirn. Die Stenosen der Nasenlöcher erfahren, ohne Plastik, durch die Extensionsmethode die denkbar beste Correctur.

Discussion: Posthumus Meyjes, Schultze, Moll.

XV. C. Reinhard (Duisburg): Beitrag zur Hammer-Amboss-Excision.

XVI. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ueber Agoraphobie in Beziehung zu Ohrenleiden.

XVII. H. Zwaardemaker: A. Demonstration eines Apparates für die Untersuchung von Phonogrammen von Dr. J. D. Boeke (Alkmaar).

Der Apparat dient zur mikroskopischen Messung der Eindrücke auf dem Phonographen-Cylinder. Boeke misst die Breite und berechnet aus derselben die Tiefe der Glyphik. Aus den gemessenen Eindrücken eines in den Phonographen gesprochenen Vocals bestimmt er durch Analyse die Eigenart der Obertöne, die im Munde mit dem Grundton vibrirt hatten.

B. Eine neue Methode zur Reinigung des Olfactometers.

Z. lässt zur Reinigung der Innenröhre des Riechmessers von anhaftenden Riechstoffen, mit Hülfe der Bunsen'schen Wasserstrahlluftpumpe, einige Liter trockener Luft und, wenn es sich um sehr adhärente Gerüche handelt, bis zu einem Kilo trockenen Sandes durchströmen. H. Burger.

---

e) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 4. Juni 1899.

Vorsitzender: Dr. Boland.

Anwesend sind 29 Mitglieder und 4 Gäste.

Nach Begrüssung der Gäste und Erledigung der Bureauangelegenheiten werden ein paar Modificationen der Statuten beschlossen und der Präsident für das kommende Jahr Rousseaux (Brüssel) einstimmig gewählt. Die nächstjährige Versammlung wird wieder in Brüssel abgehalten.

Als Tagesfragen werden aufgestellt:

1. Lupus der Nase; Pathogenie und Behandlung. Berichterstatter: Delie und Goris.

2. Serotherapie der Diphtheritis. Berichterstatter: Broeckaert und Capart.

Zuerst werden die Tagesfragen, welche otologische Themata betreffen, abgemacht, und dann finden Krankenvorstellungen statt.

Delsaux stellt 2 Fälle von Larynxtuberculose vor, welche schon seit mehr als 10 Jahren geheilt sind.

Goris stellt ein junges, vor 2 Jahren von ihm vorgeführtes Mädchen vor, an welchem er wegen beginnender Larynxtuberculose die Thyrotomie vorgenommen hatte und bei der die Heilung fortbesteht; ferner eine Kranke, an welcher er am 13. Februar wegen Empyems der Sinus maxill. und ethmoid. die Decortication der Gesichtsmaske ausgeführt hatte. Bei der Operation fand sich im Siebbein ein sperlingseigrosser Abscess vor.

Daraufhin werden Präparate vorgezeigt.

Bayer weist zwei (kupferne) Zweicentimestücke vor, welche von $2^1/_2$- und 3jährigen Kindern verschluckt worden waren. Die eine Münze bei dem 3jährigen Knaben hatte sich im Oesophagus festgekeilt und legt B. die Radiographie davon vor; sie wurde in der Narkose künstlich per os entfernt, die andere ging von selbst mit einem Gericht Spinat ab.

Beco zeigt ein kirschengrosses Mandelfibrom vor, welches am oberen Theil der linken Mandel inserirt auf der Zunge auflag; Länge 45 mm; Diameter 5 bis 9 mm; ferner führt B. einen Fall an von voluminöser Geschwulst der Nasenhöhle, welche auf natürlichem Wege entfernt wurde. Dieselbe betraf ein Spindelzellensarkom, welches geheilt der Nasenscheidewand aufsass und sich zu einem Tumor entwickelt hatte, der pflaumengross aus der Nase hervorragte; endlich berichtet er noch über einen Fall von bösartiger Neubildung in der Nase, deren Entfernung nach dreimaligen vergeblichen intranasalen Eingriffen die temporäre Resection der Nase mit darauffolgender Auslöffelung bis zur Lamina cribr. erheischte.

Laurent zeigt folgende Präparate vor:

1. retropharyngeale präbasiläre Lymphdrüsen; er fand dieselben am Neugeborenen und bei mehrere Monate alten Kindern vor, in der Zahl von 1, 2 und 3 Stück, manchmal auch 4, von verschiedenen Dimensionen.

2. ergeht er sich in einigen Worten über die Entwicklung der verschiedenen Höhlen des knöchernen Schädels mit Demonstrationen: die Warzenfortsatzhöhle existirt schon beim Fötus vom 6. Monat und ist wahrscheinlich die erstformirte; die Siebbeinzellen sind vorhanden beim Fötus von 7 Monaten; die Kieferhöhle ist deutlich angedeutet bei der Geburt; die Stirnhöhlen zeigen sich wahrscheinlich gegen das 2. Lebensjahr und die Keilbeinhöhlen scheinen sich zuletzt zu entwickeln.

3. zeigt er ein Präparat vor, an welchem er die Drainage der Siebbeinzellen durch den Sinus max. hindurch darlegt und beweist, wie leicht es ist, durch die eingebrochene vordere Wand des Sin. maxill. in die Siebbeinzellen vorzudringen.

Bayer zeigt einen Dilatator zur forcirten Dilatation der Nasenhöhlen vor, und Posthumus Meyjes ein Conchotom nach dem Typus des Grünwald'schen, nur 3mal stärker.

In der Nachmittagssitzung werden folgende Mittheilungen gemacht:

Bayer spricht über einen Fall von beinahe vollständigem Trachealverschluss durch ein Neoplasma, welches aus einer alten Tracheotomienarbe hervorgewuchert war. Dasselbe war specifischer Natur und gelang es dasselbe durch directe intratracheale Behandlung, verbunden mit interner specifischer Behandlung vollständig zum Verschwinden zu bringen.

Broeckaert theilt einen Fall von Melanosarkom des Gaumensegels mit bei einem 72jährigen Bauer, bei welchem ein grosser Theil des weichen Gaumens und vorn noch der hintere Theil des harten Gaumens von einem Tumor eingenommen war von der Form einer in 2 Theile geschnittenen Aprikose, die man darauf applicirt hatte. Die Operation in der Rose'schen Kopflage verläuft dank dem Thermokauter beinahe unblutig. Die mikroskopische Untersuchung (Van Duyse) ergiebt ein Spindelzellenmelanosarkom, das seinen Ursprung wahrscheinlich im Drüsenzwischengewebe genommen, aber keineswegs aus bestimmt ausgesprochenen Gewebselementen zusammengesetzt ist.

Capart macht einige Bemerkungen bezüglich der Behandlung der Kieferhöhlenentzündungen; er betont hauptsächlich zwei Punkte:

1. es sei falsch, dass man die Kieferhöhlenentzündungen nicht heilen könne ohne blutige Intervention, die übrigens nicht gefahrlos sein könne,
2. es sei schwierig, vor Anfang der Behandlung eine Vorhersage der Dauer der Affection zu machen.

Zum Beleg führt er 3 kürzlich beobachtete Fälle an.

Janquet spricht über die Anwendung des Bromäthyls und bestätigt von Neuem seine vor 2 Jahren mitgetheilten Erfahrungen; sodann geht er auf die Adenotomie in der ersten Lebenszeit über; man könne nicht früh genug operiren. Er führt den Fall eines $5^1/_2$ Monate alten Kindes an, an welchem er die Operation vorgenommen, nachdem er zuvor einen Retropharyngealabscess hatte eröffnen müssen.

An der Discussion, die, wie vorauszusehen, im Allgemeinen nichts Neues bringt, betheiligen sich Delstanche, Cheval, Bayer, Hennebert und Beco. Letzterer hat Kinder im Alter von 2 Tagen bis zu $2^1/_2$—3 Monaten operirt. Die Discussion dreht sich hauptsächlich um die blutige und unblutige (elektrothermische) Methode. Ein Jeder spricht seiner Methode das Wort, auch an Lobpreisungen fehlt es nicht.

Schliesslich führt Janquet noch einen interessanten Fall an von Extraction eines voluminösen Fremdkörpers des Kehlkopfes: ein künstliches Gebiss, welches in einem Zustand von Bewusstlosigkeit verschluckt worden und im Kehlkopfeingang sich festgekeilt hatte, ohne dass die Trägerin sich der Ursache ihres Uebels bewusst gewesen wäre. Nach 8tägigem Aufenthalt in der inneren Klinik

erkannte man die Nothwendigkeit einer laryngoskopischen Untersuchung, und J. erkannte und entfernte mit ebenso grosser Leichtigkeit das Corpus delicti.

Moury präsentirt mehrere Fälle von Prothese nach chirurgischen Eingriffen am Gesicht: Nasendefecte; Ersatz eines halben Unterkiefers nach Exstirpation wegen Osteosarkoms, eines Oberkiefers mit Gaumen nach Resection wegen Epithelioms; ferner stellt er zwei Fälle von doppelter Fractur des Unterkiefers vor, welche nach seiner Methode behandelt waren; vollständige Heilung innerhalb 30 Tagen.

Posthumus Meyjes theilt einen Fall mit von accessorischer Schilddrüse der Zungenbasis und legt eine Zeichnung davon vor. Dieselbe stellt einen halbkugeligen Tumor dar, der die rechte Hälfte der Zungenbasis einnimmt, hinter den Papill. circumvallat. beginnt und sich ungefähr 3 cm in sagittaler Richtung erstreckt.

Natier legt eine Arbeit über zwei Fälle gutartiger Mycose des Rachens vor, desgleichen

Olivier eine Mittheilung über „nervöse Aphonie und Dysphonie“ mit Einschluss 3 einschlägiger Fälle.

Zum Schluss macht Gevaert noch eine interessante Mittheilung über ein Lymphosarkom des Pharynx mit aussergewöhnlich anormalem Verlauf. Die Geschwulst hatte an der rechten Mandel begonnen, von da auf die Gaumenbögen und die rechte Hälfte des Gaumensegels übergegriffen und war nach Eliminirung der Geschwulst durch Gangrän auf die Zungenmandel übergegangen, welche das gleiche Schicksal erlebte. Zu gleicher Zeit wurde die Epiglottis in Milleidenschaft gezogen, und auch sie verfiel der Gangrän und wurde auf einen Stummel nach Art eines Hahnenkamms reducirt. Darauf begann die hintere Rachenwand sich zu infiltriren und überragte als kastaniengrosser Tumor den Larynxeingang. G. wird später über den weiteren Verlauf berichten und weist bezüglich der Prognose auf einen anderen Fall hin, den er vor 7 Jahren bei einer 44jährigen Frau beobachtet hat, die kurze Zeit darauf einer allgemeinen Sarcomatose erlag.

Bayer.

III. Briefkasten.

Professor Josef Gruber †.

Am 31. März verschied zu Wien nach kurzer Krankheit im 73. Lebensjahre Professor Josef Gruber, der berühmte Ohrenarzt. Obwohl das Centralblatt sich grundsätzlich darauf beschränkt, Personalnachrichten nur über Angehörige seines eigenen Wirkungskreises zu bringen, können wir uns nicht versagen, unserer Collegin, der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-Nasen-Rachenkrankheiten“ unser aufrichtiges Beileid über den Verlust ihres verehrten Herausgebers auszusprechen. Der grossen Verdienste des Verstorbenen um sein engeres Fach, seiner prächtigen persönlichen Eigenschaften hier ausführlicher zu gedenken. müssen wir uns zu unserem Leidwesen versagen.

British Medical Association.

Sixty-eighth Annual Meeting, Ipswich, July 31st, August 1st, 2nd and 3rd, 1900.

Section K: Laryngology and Otology.

President: Scanes Spicer, M. D.
Vice-Presidents: Herbert Tilley, M. D., Wm. Milligan, M. D.

Dear Sir,

The Meeting of the British Medical Association will be held this year in Ipswich from July 31st to August 3rd inclusive.

It has been decided to hold a combined Section of Laryngology and Otology under the Presidency of Dr. Scanes Spicer.

Foreign visitors will be cordially welcomed in the Section, and are requested to send in their names, together with the title of any communication they may wish to make, as soon as possible to the Honorary Secretaries.

There will be two set subjects for special discussion, viz.:

„The Indications for Intranasal Treatment in Ear Disease.“ Introduced by Dr. P. McBride, Dr. Edward Law, and Mr. Cresswell Baber, and

„The Pathology and Treatment of Toxic Paralyses of the Larynx.“ Introduced by Dr. Watson Williams and Mr. Herbert Tilley.

Gentlemen having any specimens of interest, Röntgen ray photographs, etc., connected with the subjects of the Section, are invited to exhibit them at the meeting and to forward them, carriage paid, before Saturday, July 28th, to Dr. A. Y. Pringle, 64, St. Matthew's Street, Ipswich.

It would greatly facilitate the working of the Section if, at your earliest convenience, you would let us know whether you purpose taking any part in the discussion, or intend reading a paper, making any communication, or exhibiting specimens, etc., in the Section.

It is particularly requested that titles of papers or communications be sent to us as soon as possible, and abstracts of such not later than June 15th, so that they may be duly notified in the Journal.

We are, yours faithfully,

Lambert Lack, M. D., 48, Harley Street, W.
A. Y. Pringle, M.R.C.S., L.R.C.P., 64, St. Matthew's Street, Ipswich. } Hon. Secs.

All communications to be addressed to „The Secretaries“, 48, Harley Street, London, W.

Extract from Regulations for the Conduct of Annual Meetings of the British Medical Association.

1. Papers at the Sectional Meetings must not occupy more than fifteen minutes in reading, and no subsequent speech must exceed ten minutes.

2. Authors are requested to send short Abstracts of their Papers not later than Friday, June 15th (written in English or accompanied by a translation), to the Secretary of the Section, so that they may be forwarded by him in time to be set up in type.

Siebente Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Die siebente Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am 2. Pfingstfeiertage, Montag, den 4. Juni in Heidelberg stattfinden.

Die Herren Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beab-

sichtigen, werden gebeten, ihre Themata längstens bis zum 20. April dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird am 1. Mai versendet werden.

Mit collegialem Grusse

Augsburg, 20. III. 1900. Maxstr. C 4.

I. A.: Dr. Hedderich, Schriftführer.

Vorläufige Mittheilung: Zur Discussion steht das Referat des Herrn Avellis (Frankfurt a. M.) von der 6. Versammlung: Stimmermüdung und Stimmhygiene. — Bis jetzt angemeldete Vorträge: 1. Herr Jurasz (Heidelberg): Ueber die phonatorische Thätigkeit der Mm. cricoarytaenoidei postici. 2. Herr Killian (Freiburg i. B.): Thema vorbehalten. 3. Herr Magenau (Heidelberg): Ueber die sog. Vertebra prominens im Nasenrachenraum. 4. Herr Müller (Heidelberg): Demonstration einer eigenthümlichen Anomalie im Nasenrachenraum. 5. Herr Seifert (Würzburg): Das Lymphosarcom der Gaumen- und Zungentonsille. 6. Herr Hedderich (Augsburg): Ueber complicirtes Schleimhauterysipel.

Fünfter Congress der italienischen laryngo-otologischen Gesellschaft.

Der Congress hat am 26. und 27. April in Neapel stattgefunden. Die vom 26. März datirte Einladung nebst dem Programm der allgemeinen Discussionen ist uns leider zu spät zugegangen, um rechtzeitig veröffentlicht werden zu können. Das Centralblatt wird später einen Bericht über den rhino-laryngologischen Theil der Verhandlungen bringen.

Cursus für Aerzte, welche an Taubstummenanstalten beschäftigt sind.

Von dem preussischen Cultusministerium ist eine neue, sehr dankenswerthe Einrichtung getroffen worden: Am 14. Mai dieses Jahres beginnt Vormittags 9 Uhr in der Königlichen Taubstummenlehrerbildungsanstalt zu Berlin, Elsasserstr. 86/88, ein drei Wochen dauernder Cursus für Aerzte, welche an Taubstummenanstalten beschäftigt sind. Derselbe wird sich auf das Gebiet der Gehör-, Sprach- und Sehorgane, sowie auf das Taubstummenbildungswesen und den Verkehr mit Taubstummen erstrecken. Die Anstaltsärzte sollen auf Grund dieser Ausbildung zur Ausübung einer nutzbringenden ärztlichen Thätigkeit bei den ihrer ärztlichen Fürsorge anvertrauten Taubstummen und weiterhin dafür befähigt werden, den Lehrern als ärztliche Berather und Mitarbeiter bei dem weiteren Ausbau des Taubstummenbildungswesens zur Seite zu stehen. Der Cursus steht unter der Leitung der Herren: Geh. Obermedicinalrath Dr. Schmidtmann und Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Waetzoldt. Die einzelnen Vorträge und praktischen Uebungen vertheilen sich auf folgende Herren: Geh. Obermedicinalrath Dr. Schmidtmann wird über schulärztliche Thätigkeit im Allgemeinen vortragen, Schulrath Director Walther über Taubstummenbildungswesen, Dr. Arthur Hartmann über die ohrenärztliche, Oberstabsarzt Dr. Landgraf über die laryngologische, Prof. Dr. Silex über die augenärztliche Thätigkeit bei Taubstummen und Dr. Hermann Gutzmann über die Physiologie und Psychologie der Sprache sowie über die häufigsten Sprachstörungen.

Diese Vorträge finden an fünf Tagen der Woche statt, während der sechste Wochentag für Besichtigungen von Einrichtungen und Anstalten unter fachmännischer Leitung frei bleiben wird.

Als Hospitanten sind zu den Cursen auch diejenigen Taubstummenlehrer zuzulassen, welche Zwecks Vorbereitung auf die Vorsteherprüfung an die hiesige Königliche Taubstummen-Anstalt berufen werden.

Zur Theilnahme an dem Cursus wird aus jeder Provinz zunächst je ein Anstaltsarzt durch den Herrn Ober-Präsidenten einberufen werden.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Juni. 1900. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **A. Lewandowsky** (Berlin). **Kritisches zur Lehre von der Athmungsinnervation.** *Centralbl. f. Physiol. XIII. No. 17. 11. November 1899.*

Auseinandersetzung mit einigen dissentirenden Autoren; sonst nichts Anderes als schon bisher Veröffentlichtes.

A. ROSENBERG.

2) **James M. Crawford. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Georgia Journ. of Medicine and Surgery. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

3) **J. L. Bunch. Ueber Mundathmung. (On mouth breathing.)** *Edin. Med. Journ. Juli 1899.*

Es werden die verschiedenen Momente aufgezählt, die der Athmung durch die Nase ein Hinderniss setzen können, sowie die hieraus resultirenden Schäden.

LOGAN TURNER.

4) **Matthaei** (Danzig). **Das Sportathmen, ein hygienisches Hilfsmittel bei Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Das Sportathmen besteht in möglichst stundenlangem Tiefathmen bei geschlossenem Munde bis zur äussersten Grenze der Möglichkeit mit Anhalten des Athmens auf etwa $^1/_4$ Minute oder 4—8 Schritte beim Gehen; dabei dauernde Enthaltung von allen alcoholischen Getränken. Es löst die Borken in Nase und Rachen und macht die Schleimhaut feuchter, die Muscheln schwellen ab, die Ohrtrompeten werden wieder durchgängig.

SCHECH.

5) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Scrophulose, ihr Wesen und ihre Beziehungen zur ruhenden Tuberculose der Mandeln, Halslymphdrüsen und benachbarter Organe.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 11.*

Die Arbeit beginnt mit einem historischen Rückblick auf die vielen Phasen,

die die Anschauungen vom Wesen der Tuberculose und von ihrer Beziehung zur Scrophulose durchgemacht haben bis zu dem Moment, wo Koch bakteriologisch, Baumgarten pathologisch-anatomisch in den Wust von Meinungen Klärung brachte. Diese gipfelte in dem Lehrsatz: „Die Scrophulose der Drüsen, Knochen und Gelenke ist eine örtliche Tuberculose."

Dadurch ward der Nasenheilkunde wie der Ophthalmologie und Otologie das Zeichen gegeben auch ihrerseits die überlieferten Anschauungen über das Wesen der „scrophulösen" Nasen- und Rachenerkrankungen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.

Die raschen Erfolge der Beseitigung von Hindernissen der Nasenathmung und das dadurch bewirkte Schwinden von als „Scrophulose" gedeuteten rhinitischen und eczematösen Erscheinungen, die Beseitigung der dadurch hervorgerufenen Drüsenschwellungen bewiesen, dass wenigstens dieser Theil der sogenannten Scrophulose nichts Eigenartiges darstelle.

Andererseits mussten manche Geschwürsformen, lupöse Rhinitiden, dauernde Halsdrüsenschwellungen mit oder ohne Verkäsung etc. direct der Tuberculose zugesprochen werden.

Verfasser bespricht ausführlich die Untersuchungen an scrophulösen Drüsen und die Impfversuche von Koch etc., welche keinen Zweifel liessen an der tuberculösen Natur derselben und erörtert die Ursachen, welche bei manchen Autoren ein negatives Beweisergebniss bewirkten.

Die Halsdrüsentuberculose ist eine typische Einimpfungstuberculose analog den Fällen z. B. von Leistendrüsenerkrankung erzeugt durch den Mund eines tuberculösen Rabbiners bei der Beschneidung. Die Infectionspforte ist der lymphatische Rachenring, insbesondere die Mandeln. Das beweisen die in extenso angezogenen Arbeiten von Strassmann und namentlich von Dmochowski und Schlenker (Hanau).

Aus denselben ergiebt sich die häufig vorhandene tuberkulöse Erkrankung der Mandeln und zugehörigen Halsdrüsen bei Tuberculösen. Die Erkrankung ist äusserlich nicht erkennbar, da sie in den Krypten beginnt, hier Tuberkelknötchen und specifische Ulcera erzeugend, oft aber auch nach Dmochowski lediglich gekennzeichnet durch massenhaftes Vorhandensein von Tuberkelbacillen in den Lymphbahnen ohne irgend gewebliche Veränderung („diffuse Mandeltuberculose").

Da, wo der Nachweis der Ansteckung durch die Mandeln nicht gelingt, kann ein Durchpassiren der Bacillen ohne Haftung stattgefunden haben oder eine nachträgliche Resorption der tuberculösen Infiltrate.

Die Inficirung der Mandeln erfolgt durch bacillenhaltige Nahrung, meist aber durch Einsaugen des bacillenhaltigen Auswurfs in die Krypten der Tonsillen.

Verfasser nimmt für einzelne unaufgeklärte Fälle von Drüseninfection als Ort des Eindringens die nicht untersuchten übrigen Theile des lymphatischen Ringes an. Endlich muss man auch, nachdem die placentare Uebertragung zweifellos geworden ist, namentlich bei isolirter Erkrankung einer oder der anderen Drüse an directe Vererbung denken (Baumgarten).

Da man es nach dem Gesagten den zu grossen Mandeln nicht ansehen kann, ob sie nicht bereits einen Infectionsherd enthalten, so ergiebt sich in praxi die Nothwendigkeit ihrer jedesmaligen gründlichen Entfernung.

Die Durchsicht der zahlreiche werthvolle Einzelheiten enthaltenden äusserst lehrreichen Arbeit wird jedem Collegen Freude bereiten. REIMERS (ZARNIKO).

6) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Tuberculose der oberen Luftwege.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45—47. 1899.*

Das sehr sorgfältige Referat hat Verf. in der Sitzung der Tuberculose-Commission der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München erstattet. Wir geben das Resumé mit den Worten des Autors: „In den obern Luftwegen, namentlich in dem Nasenrachenraum, in den Mandeln und auch in der Nase, gelegentlich auch im Rachen, Munde und Kehlkopfe finden sich manchmal primäre tuberculöse Herde, so in den adenoiden Vegetationen der Kinder in ca. 5 pCt. Auch erkranken Nasenrachenraum, Mandeln, Nase, Rachen und Mund viel öfter secundär an Tuberculose, als man früher glaubte. Infection der obern Luftwege kann in primären Fällen erfolgen durch die Athmungsluft (seltener), inficirte Fremdkörper (Finger), Lufteinblasung in den Mund durch phthisische Personen, Küssen etc. Secundär werden die obern Luftwege gewöhnlich inficirt durch das Sputum aus den kranken Lungen, manchmal durch die Blutbahn bei miliarer Tuberculose, am seltensten durch die Lymphbahn von den Lungen her, wie dies einzelne Forscher annehmen und durch retrograde Bewegung des Lymphstromes zu den Mandeln und dem Kehlkopfe erklären. Infection andrer Organe und des Gesammtorganismus von den obern Luftwegen her. 1. Das Verschlingen des Secretes tuberculöser Geschwüre in den obern Luftwegen kann den Larynx und den Darmtract inficiren. Dieser Modus dürfte sehr selten sein bei den meist latenten primären Formen der Tuberculose im Nasenrachenraum und Mandeln, weil sie sehr wenig Secret liefern. 2. Für die Aspiration in Luftröhre und Bronchien gilt dasselbe. 3. Uebergreifen der Geschwüre auf die Nachbarschaft. 4. Das Secret tuberculöser Geschwüre des Cavum pharyngonasale kann direct in die Tuba Eustachii gelangen. 5. Bacillen können vom Cav. phar.-nas. auf dem Wege der Lymphbahn ins Mittelohr dringen. 6. Aus Wunden von tuberculösen Rachenmandeln oder Gaumenmandeln oder Lupus oder von zerfallenden Lymphdrüsen können Bacillen in die Blutbahn gelangen (wahrscheinlich nur ausnahmsweise). 7. Von der Rachenmandel aus können retropharyngeale Lymphdrüsen erkranken und von da die Halswirbel. 8. Auf demselben Wege die Meningen. 9. Von der Nase her die Meningen auf dem Lymphwege (Subarachnoidealraum). 10. Auf dem Wege der Lymphgefässe und Drüsen kann sich die absteigende Tuberculose der Halslymphdrüsen entwickeln, 11. und von diesen aus können Bacillen in den Duct. thoracicus, die Vena cava, das rechte Herz und direct in die Lunge gelangen." Für das Haften der Bacillen in den obern Luftwegen disponirt am meisten „der sogen. scrophulöse Habitus; es bestehen dabei grosse Empfindlichkeit der Schleimhäute und Neigung zu Catarrhen mit ihren Folgen, als Epithelmetaplasieen, Epithelverlusten, Erosionen und stärkere Entwickelung der Lymphdrüsen, welche auch mehr Neigung zur Erkrankung als

bei gesunden haben, und endlich oft Anaemie. Therapeutische Schlüsse: A. Prophylaxe: 1. Vernichtung des Auswurfs der Phthisiker. 2. Alle Menschen, besonders aber Kinder, namentlich solche mit lymphatischer Constitution, sollen sich des engern Verkehrs mit Phthisikern enthalten. Phthisische Eltern sollen ihre Kinder nicht küssen. 3. Man soll keine rohe Milch trinken. B. Eigentliche Therapie: 1. Kräftigung disponirter Kinder, da die Anämie das Gedeihen der Bacillen fördert. 2. Beseitigung von Catarrhen. 3. Radicale Exstirpation aller isolirten tuberculösen Herde, so des Lupus, der tuberculösen Mandeln und Rachenmandeln, der isolirten tuberculösen Wucherung im Larynx etc. Da nun die Tuberculose der Gaumen- und Rachenmandel meist latent verläuft, so sollte man jede exstirpirte Mandel histiologisch untersuchen. Weist diese Untersuchung Tuberculose nach, so ist die Exstirpation der Gaumen- und Rachenmandel eventuell noch nachträglich zu einer entschieden radicalen zu gestalten. 4. Exstirpation der regionären Lymphdrüsen bei bestimmt primärer isolirter Tuberculose der obern Luftwege wäre entschieden der beste Weg, um den Gesammtorganismus gegen die Infection zu schützen, dürfte aber theils aus chirurgischen, theils aus socialen Gründen selten durchzuführen sein.“ Das Verzeichniss der vom Verf. benutzten Literatur umfasst 159 Nummern (No. 90 Mendelsohn heisst recte Hendelsohn).

ZARNIKO.

7) **Réthi** (Wien). **Die Blutungen der oberen Luftwege in ihren allgemeinen und besonderen Beziehungen.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 4.*

Verfasser bespricht Aetiologie, Symptome und den Befund bei Blutungen aus Nase, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre. Dabei theilt er mikroskopische eigene Untersuchungen mit, die er an katarrhalisch erkrankter Schleimhaut der oberen Luftwege vorgenommen hat. Réthi glaubt aus denselben das Fehlen der Berechtigung zur Aufstellung besonderer „hämorrhagischer“ Katarrhformen herleiten zu dürfen. Eine Besprechung der mannigfachen differentialdiagnostischen Momente, die bei Blutungen des behandelten Gebiets in Frage kommen, sowie Erörterung von Prognose und Therapie beschliessen die Arbeit.

REIMERS (ZARNIKO).

8) **Hellendahl. Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste.** Aus der inneren Abtheilung des Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVII. 1899.*

Die Probepunction des Tumors, selbst bei fehlendem Exsudat, führt nicht selten (2 eigene Beobachtungen von Lungensarcom) zu einem positiven diagnostischen Resultate.

A. ROSENBERG.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **E. B. Gleason. Die Inspection der Nasenhöhlen. (Inspection of nasal cavities.)** *Medical Council. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

10) **W. Cheatham. Hygiene der Nase. (Hygiene of the nose.)** *Amer. Practit. and News. 15. December 1899.*

Verf. empfiehlt die reichliche Anwendung des Sprays. EMIL MAYER.

11) **A. Rollett. Beiträge zur Physiologie des Geruchs, des Geschmacks, der Hautsinne und der Sinne im Allgemeinen.** *Pflüger's Arch. LXXIV. 1899.*

Die hier interessirenden Ergebnisse der R.'schen Versuche sind folgende:

Chloroform, durch die Nase eingezogen, giebt einen ätherischen Geruch und einen süssen Geschmack; bei Anosmien fehlt der Geruch, aber der süsse Geschmack ist beim nasalen Schmecken ebenso vorhanden wie beim Aufnehmen des Chloroforms in die Mundhöhle.

Es wird das Chloroform als Mittel für die Localisation der Geschmacksempfindung und der Ausdehnung des Geschmacksfeldes untersucht und besonders die Schmeckfähigkeit der hinteren Fläche des weichen Gaumens erwiesen.

Dieselben Versuche mit Aether ergeben ganz ähnliche Resultate: ätherischen Geruch uud bitteren Geschmack. Es werden Beobachtungen bei künstlich hergestellten Anosmien gemacht und besonders wird der allmälig und langsam erfolgenden Wiederherstellung des Geruchs nach schweren Schädigungen des Geruchsorgans Aufmerksamkeit gewidmet und wird die während dieser Herstellung sich einfindende partielle Riechfähigkeit für gewisse Gerüche und werden die verbleibenden Anosmien für andere Gerüche als für die Existenz einer Reihe von quantitativ verschiedenen Geruchsnerven sprechend hingestellt. A. ROSENBERG.

12) **Toulouse** und **Vaschide. Einfluss des Alters und Geschlechts auf den Geruch. (Influence de l'âge et du sexe sur l'odorat.)** *Société de Biol. 10. Juni 1899.*

Die blosse Geruchsempfindlichkeit entwickelt sich bis zum 6. Jahre und nimmt dann ab. Im Gegensatz dazu nimmt das Geruchsunterscheidungsvermögen mit den Jahren zu. Der Geruchssinn der Frau ist früher und stärker entwickelt als der des Mannes. PAUL RAUGÉ.

13) **Toulouse** und **Vaschide. Messung des Geruchsinns bei Epileptikern. (Mesure de l'odorat dans l'epilepsie.)** *Société de Biologie. 8. Juli 1899.*

Das Geruchsvermögen (Sensation brute) ist bei den Epileptikern ebenso entwickelt als bei normalen Erwachsenen gleichen Geschlechts, während die Perception in allen Formen verringert ist. Es beweist dies wieder, dass Sinnes- und Perceptionsvermögen nicht identisch sind und dass die Epilepsie ihren schädigenden Einfluss besonders auf das letztere, das complicirter und weniger widerstandsfähig ist, geltend macht. PAUL RAUGÉ.

14) **Toulouse** und **Vaschide. Messung der Ermüdung des Geruchssinns. (Mesure de la fatigue olfactive.)** *Société de Biologie. 18. September 1899.*

Der Geruch ist von allen Sinnen derjenige, der am wenigsten ermüdet. Die Erklärung dafür ist vielleicht, dass derselbe nur während der Inspiration thätig ist und während der Exspiration ruht. PAUL RAUGÉ.

15) **Francois Nique. Beitrag zum Studium der Anosmien und der Geruchsstörungen bei Ohrenkrankheiten. (Contribution à l'étude des anosmies et en particulier des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

1. Die Geruchsstörungen sind häufig, aber um sie zu constatiren muss man sie methodisch suchen d. h. die Geruchsschärfe messen; es ist dies das einzige Mittel, um einfache Hyposmien aufzudecken.

2. Die blos quantitative Messung des Geruchs genügt nicht, auch die qualitative Prüfung ist nothwendig.

3. Die Geruchsstörungen haben mehrere Ursachen:

a) congenitale Anosmien,
b) Traumen in der Stirngegend oder am Hinterhaupt,
c) Gehirnaffectionen, Neurosen, allgemeine Paralyse, Tabes, Syphilis, Diabetes, Infectionskrankheiten, Intoxicationen,
d) Anosmien aus localen Ursachen, Folgen entweder einer Läsion der Schleimhaut oder eines mechanischen Hindernisses für die nasale Athmung.
e) Topische Einwirkung gewisser Medicamente.

4. Hyposmie findet sich oft bei Gehörkrankheiten. Sie ist sehr häufig bei Sclerose des Mittelohrs, seltener bei eitrigen Otitiden.

Diese Coexistenz von Gehör- und Geruchsstörungen erweist bisweilen den nasalen Ursprung des Ohrenleidens; in anderen Fällen sind beide gleichmässig Ausdruck derselben trophischen Störung.

PAUL RAUGÉ.

16) **Placzek** (Berlin). **Angeborene absolute doppelseitige Anosmie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1899.*

Genaue Schilderung eines Falles absoluter höchstwahrscheinlich angeborener Anosmie bei einer 60jährigen Frau. Verf. vermuthet als Ursache eine Entwicklungshemmung in der Gegend des Ammonshorns, vielleicht mit gleichzeitiger Atrophie des Tract. olf. — Ausser diesem ist nur ein Fall (von Zwaardemaker) in der Literatur niedergelegt. — Nebenher erwähnt Verf. eines dritten Falles, den er aber nicht selbst beobachtet zu haben scheint.

ZARNIKO.

17) **Reuter** (Ems). **Essentielle Anosmie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. Heft 3. S. 343. 1899.*

R. theilt die essentiellen Anosmien mit wahrscheinlich anatomischem Substrat in 3 Gruppen:

1. Die nach der Exstirpation von Nasenpolypen ohne Nebenhöhleneiterung zurückbleibende Anosmie. Dieselbe zeigt an, dass in der Tiefe der Nasenhöhle noch Abweichungen sich finden. Es ist dem Verf. aufgefallen, dass bei den Patienten, deren Geruch nach der Polypenoperation ganz oder annähernd normal wird, Recidive viel seltener erfolgten als da, wo auch nach Entfernung aller sichtbaren Polypen schwere Anosmie zurückblieb. Die Anosmie würde danach ein prognostisch sehr wichtiges Symptom darstellen.

2. Die Anosmie bei Ethmoiditis chronica. Ist dieselbe nicht durch

mechanische Momente bedingt, so lässt sie auf eine stärkere Entzündung, bezw. einen degenerativen Process in der Riechsphäre selbst schliessen und macht eine Miterkrankung der hinteren Siebbeinzellen in hohem Grade wahrscheinlich, da nur diese im Bereich der Regio olfactoria liegen.

3. Die Anosmie bei Ozaena. Dieselbe ist nicht durch die Trockenheit der Schleimhaut bedingt, sondern durch die Atrophie des Riechepithels. Die Therapie der Ozaenaanosmie fällt mit der des Grundleidens zusammen; besonders mit der Massage wurden günstige Resultate erzielt.

R. bringt für jede der 3 Formen eine Reihe von Krankengeschichten bei.

F. KLEMPERER.

18) **Buys. Ueber die Gesichtshöhlen. (Des sinus de la face.)** *La Clinique. No. 3. 1899. Journal Méd. de Bruxelles. No. 29. 1899.*

B. giebt eine Beschreibung der Anatomie und Pathologie der Gesichtshöhlen an der Hand von in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten, decalcinirten und mit dem Rasirmesser geschnittenen Präparaten und daran anknüpfend die Symptomatologie, Diagnose und Behandlungsweise derselben.

BAYER.

19) **Lapalle. Statistische Uebersicht über 169 Sectionen der Gesichtshöhlen. Beziehungen der Empyeme dieser Höhlen zu Allgemeinkrankheiten. (Tableau statistique de 169 autopsies de sinus de la face. Rapports des empyèmes de ces sinus avec les maladies générales.)** *Arch. internat. de laryngol., d'otol. etc. No. 3. Mai-Juni 1899.*

Die Zahl der Nebenhöhlenerkrankungen, die L. bei seinen Sectionen constatirte, ist eine sehr erhebliche. Der Verf. fragt nun: Sind diese Nebenhöhlenaffectionen Ursache oder Folge der Krankheiten, denen die betr. Patienten erlagen? Sind sie unabhängig von diesen? Haben sie durch Verschlucken von Pus und Allgemeinvergiftung des Organismus eine verminderte Widerstandskraft geschaffen? L. neigt zur Bejahung der letzten Frage, ohne sie indess für sicher entschieden zu halten.

E. J. MOURE.

20) **D. Braden Kyle. Beziehungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu Zahnläsionen. (Relation of the nasal and accessory cavities and dental lesions.)** *Journal American Med. Assoc. 7. October 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der 50. Jahresversammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie und Otologie) vom Juni 1899.

EMIL MAYER.

21) **J. H. Bryan. Ueber die Beziehung von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen zu den Krankheiten des Auges. (On the relation of diseases of the accessory cavities to diseases of the eye.)** *Journal American Med. Associat. 11. November 1899.*

In der gründlichen Arbeit legt Verf. dar, dass die Affectionen der Stirnhöhle sich häufig mit reflectorischen Augenstörungen compliciren, dass diese aber nicht selten übersehen werden, weil der Reflexzusammenhang schwierig zu diagnosticiren ist. Abscess der Orbita ist selten primär, in der Mehrzahl der Fälle

ist er die Folge der Ausdehnung eines Entzündungsvorganges von einer der Nebenhöhlen aus, meist von der Stirnhöhle. EMIL MAYER.

22) **Jacques. Ueber neue Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. (Des progrès récents dans le diagnostic et le traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales.)** *Revue Méd. de l'Est. 1. August 1899.*

Eine Beschreibung der latenten Nebenhöhlenentzündungen, welche sich von den acuten Formen, die den früheren Autoren allein bekannt sind, ganz wesentlich unterscheiden.

Verf. hält die Radicaloperation (weite, möglichst frühzeitige Eröffnung) für um so gerechtfertigter, als diese Affectionen nie spontan heilen und ernste Complicationen seitens der Meningen und des Gehirn heraufbeschwören können.

PAUL RAUGÉ.

23) **Jacques. Nebenhöhlenentzündungen mit Befund von Colibacillen. (Sinusites à colibacilles.)** *Revue Méd. de l'Est. 15. August 1899.*

Die Mehrzahl der eitrigen Nebenhöhlenentzündungen ist durch die verschiedenen Kokken verursacht. Zuweilen aber trifft man bei denselben eine Abart von Colibacillen. Der Eiter ist dann durch einen besonders fötiden Geruch ausgezeichnet. PAUL RAUGÉ.

24) **Potherat. Hypertrophie und Protuberanz der Stirnhöhlenwandung. (Hypertrophie et protubérance de la paroi du sinus frontal.)** *Société de Chirurgie. 12. Juli 1899.*

Photogramm und Röntgenabbildung des Kranken, der eine Protuberanz an der Stirn, bedingt durch Hypertrophie der Stirnhöhlenwand, zeigt.

PAUL RAUGÉ.

25) **Coppez. Osteom des Sinus frontalis. (Ostéome du sinus frontal.)** *La Presse méd. Belge. No. 25. 1899. Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. 5. 1899.*

Mittheilung eines Falles von Osteom des Sin. front. bei einem 20jährigen Mädchen. Die Radiographie lässt einen billardballgrossen Tumor (Osteom) erkennen, dessen Operation für später in Aussicht genommen wird. BAYER.

26) **Valude. Cystische Erweiterung der Stirnhöhle. (Dilatation kystique du sinus frontal.)** *Soc. d'ophthalmol. de Paris. 5. December 1899.*

Bei einer Frau, die in der Gegend des rechten Thränensacks eine kleine Geschwulst hatte, entwickelte sich im Laufe von 18 Monaten ein Exophthalmus und eine Verbreiterung der Nasenbasis mit Hervorspringen des Stirnbeins. An der oberen inneren Partie der Orbita fühlte man einen rundlichen weichen Tumor, der an Empyem der Stirnhöhle denken lässt. Eine Probepunction ergab eine colloide gelatinöse Flüssigkeit. Es wurde die Stirnhöhle trepanirt und die Schleimhaut curettirt; dieselbe war einfach hyperämisch. Nach 15 Tagen war die Operationswunde verheilt. Seitdem aber entwickeln sich links ganz ähnliche Erscheinungen, so dass man wohl auch den linken Sinus wird eröffnen müssen.

A. CARTAZ.

27) **Jacqueau** (Lyon). **Plötzlicher Exophthalmus als Symptom einer acuten Stirnhöhlenentzündung. (Exophthalmie brusque symptomatique d'une sinusite aigue frontale.)** *Société des Scienc. méd. de Lyon. April 1899.*

Die Patientin, die seit einem Monat an einem grippeartigen Zustand mit reichlicher Coryza krankte, bekam plötzlich Fieber mit Schmerzen in der Stirnhöhlengegend. Gleichzeitig bildete sich ein erheblicher Exophthalmus aus und eine Deviation des Auges nach unten und aussen.

J. dachte zuerst an eine Tenonitis wegen der Unbeweglichkeit des Auges, kam aber dann zur Diagnose der Stirnhöhlenentzündung, weil der Nasenausfluss eitrig geworden war.

Von Interesse ist die rapide Entwicklung der Stirnhöhlenentzündung, die in weniger als 24 Stunden einen enormen Exophthalmus herbeiführte.

PAUL RAUGÉ.

28) **Wm. A. Martin. Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Orbitalabscess, durch Operation geheilt. (Report of a case of empyema of the frontal sinus with orbital abscess, operation and cure.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche des Falles. EMIL MAYER.

29) **Gouly. Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (Diagnostic de l'empyème frontal.)** *Médicine Moderne. 7. Mai 1899.*

Nachdem Verf. auf die Gefährlichkeit dieser Affection und die Complicationen, welche eine verkannte Stirnhöhlenentzündung zur Folge haben kann, hingewiesen, giebt er die verschiedenen Zeichen an, die es gestatten, das Leiden zu diagnosticiren. Es sind:

a) Schmerzen, welche sich auf die Regio frontalis oder suborbitalis beschränken und auf Druck und bei der Percussion zunehmen. Dieselben haben bisweilen einen intermittirend-remittirenden Charakter, was mit der periodischen Entleerung des Sinus coincidirt. Oft gesellt sich zu den Schmerzen eine Schwellung hinzu, welche sich auf den Knochen selbst oder die Weichtheile beschränkt.

b) Rhinoskopie. Dieselbe lässt am häufigsten die Existenz von Polypen erkennen und vor Allem das Vorhandensein von Eiter im mittleren Nasengang. Die Eiterung ist jedoch kein absoluter Beweis, da sie ebenso gut aus dem Sinus maxillaris wie aus dem Sinus frontalis herstammen kann. Im ersteren Falle ist der Eiter krümlig, käsig und fötide infolge einer Stagnation im Antrum. Der Stirnhöhleneiter dagegen fliesst leichter ab und ist gewöhnlich rahmig und geruchlos.

c) Electrische Durchleuchtung. Sie wird mit der Vohsen'schen Lampe ausgeführt, welche man, indem der Bulbus leicht nach hinten zurückgedrängt wird, an den inneren Augenwinkel setzt. Diese Untersuchungsmethode schliesst jedoch keinesfalls diagnostische Irrthümer aus, welche auf den variirenden Bau des Sinus, dessen eventuelles Fehlen und die abnorme Dicke der Wände zurückzuführen sind.

Wie dem auch sei, man wird fast mit Sicherheit die Existenz eines Stirnhöhlenempyems annehmen können, wenn man, nachdem durch suborbitale Schmerzen die Aufmerksamkeit erregt ist, bei der rhinoskopischen Untersuchung im

mittleren Nasengang Eiter vorfindet, und die elektrische Durchleuchtung eine Verdunklung dieses Gebiets erkennen lässt.
PAUL RAUGÉ.

30) **Gust. Spiess. Die endonasale Chirurgie des Sinus frontalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 285. 1899.*

Verf. berichtet über 8 Fälle, bei denen er die erkrankte Stirnhöhle von der Nase aus anbohrte und zwar unter Controle des Weges des Bohrcanals mittelst Röntgenstrahlen während der Operation. Missgeschicke, wie sie ihm bei seinem ersten Versuche begegneten, hat Sp. durch geeignete Vorsichtsmaassregeln vermeiden gelernt; trotzdem spricht er sich selbst über die Methode recht reservirt aus, da die therapeutischen Resultate, die er erzielte, recht gering waren. In diagnostischer Hinsicht aber ist er geneigt, sie der Punction des Antrum Highmori an die Seite zu stellen.
F. KLEMPERER.

31) **Barth. Die operative Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (The operative treatment of empyema of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. November 1899.*

B. schildert die Technik der Operation. Seine Erfolge sind gute. Die Heilungsdauer betrug etwa 14 Tage.
EMIL MAYER.

32) **P. Klemm. Vorstellung zweier Patienten, bei denen wegen Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation gemacht wurde.** Ges. prakt. Aerzte zu Riga. — *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.
P. HELLAT.

33) **Grunert. Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems.** *Münch. med. Woch. No. 48. 1899.*

Die nach breiter Eröffnung der Stirnhöhle zurückbleibende Entstellung betrifft weniger die Narbe, als vielmehr den Niveauunterschied zwischen Stirnhöhlengegend und darüber liegender Stirne. In einem Falle von combinirtem Empyem der Kiefer-Stirnhöhle und des rechten Siebbeinlabyrinthes gelang es durch Bildung zweier Lappen die aus der Stirnhöhle entstandene Mulde vollkommen auszugleichen. Näheres im Original.
SCHECH.

34) **Wilhelm** und **Jacques. Trauma der inneren Orbitalwand gefolgt von catarrhalischer Entzündung der Keilbeinhöhle. (Traumatisme de la paroi orbitaire interne, sinusite sphénoidale catarrhale consecutive.)** *Gaz. des hôpitaux. 12. December 1899.*

47jähriger Mann, bei einer Grubenexplosion verletzt. Unter anderen Traumen wird auch das Eindringen eines grossen Steinstücks — von 5 : $3^1/_2$ cm Umfang und 72 g Gewicht — in die linke Augenhöhle constatirt. Im Moment des Unfalls tritt heftiges Nasenbluten ein. Die Wunde in der Augenhöhle heilt nach Extraction des Fremdkörpers gut, aber es stellen sich Schmerzen im Nacken und Hinterhaupt ein, sowie ein eitriger Ausfluss im Halse. Die Kiefer- u. Stirnhöhlen sind frei, deshalb wird an eine Affection der Keilbeinhöhle gedacht. In der Chloroformnarkose wird am oberen inneren Rand der Orbita incidirt und nach der

Keilbeinhöhle zu vorgegangen. Bei der Eröffnung derselben strömt eine bräunlich-blutige seröse Flüssigkeit in Menge von etwa 300 ccm hervor. Nach Blutstillung wird die Wunde vernäht und es tritt rapide Heilung ein. A. CARTAZ.

35) **Gradenigo. Ein Fall von chronischem Siebbeinempyem. (Un caso di empiema etmoidale cronico.)** *R. Academia di Medicina di Torino. 21. Januar 1898.*

Die 19jährige Patientin, die ausser Nasenobstruction keinerlei Beschwerden hatte, wurde dadurch geheilt, dass mit der warmen Schlinge die stark vergrösserte Bulla ethmoidalis entfernt wurde; nach der Operation entleerte sich ein Esslöffel nicht fötiden Eiters. Die Schleimhaut der Bulla war hyperplasirt und mit Polypen besetzt. FINDER.

36) **Geo. C. Stout. Chronisches Empyem der Nebenhöhlen der Nase. Bericht über 7 Fälle. (Chronic empyema of the accessory nasal cavities with report of 7 cases.)** *Philad. Med. Journal. 26. August 1899.*

Viele Fälle von Stirnhöhlenempyem können durch Paracentese diagnosticirt und mit Sicherheit geheilt werden, vorausgesetzt, dass die Spitze der Canüle auch wirklich in die Höhle eindringt. Die Entfernung muss vor der Punction an der Canüle genau abgemessen werden. Die hartnäckigsten Fälle von Antrum-Entzündung sind wahrscheinlich mit Stirnhöhlenempyem verbunden und es sollte in derartigen Fällen die Punction des Sinus frontalis ausgeführt werden, um die Erkrankung derselben zu eliminiren oder als vorhanden zu erweisen. Die Stirnhöhle kann, wenn sie erkrankt ist, fast stets durch die vorderen Siebbeinzellen erreicht werden. Es scheint, als ob diese Fälle für die Paracentese und die Beseitigung eines Theils der nasalen Wandung der Höhle ebenso sich eignen, wie für die mehr radicalen Operationen. Die Hauptsache ist die gründliche Drainage. Genaue Kenntniss der anatomischen Verhältnisse ist das wichtigste Moment für die Behandlung und sichert die besten Resultate derselben. EMIL MAYER.

37) **Swan M. Burnett. Sarcom der Stirn- und Siebbeinhöhle. (Sarcoma of the frontal and ethmoidal sinuses.)** *Archives of Otology. April-Juni 1899.*

Ein Fall von ausgedehntem Rundzellensarcom. Operation. Schnelles Recidiv und Tod nach 4 Monaten. EMIL MAYER.

38) **Domenico Tanturri. Beziehung zwischen den malignen Tumoren der Nasenhöhle und des Antrum Highmori. (Correlazione fra tumori maligni della fossa nasale e dell'antro d'Highmori.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juni 1899.*

An der Hand dreier von ihm beobachteten Fälle betont Verf. den engen Zusammenhang zwischen den Tumoren der Highmorshöhle und der Nasenhöhle; derselbe ist ganz besonders vorhanden bei den Carcinomen, die sich mit Vorliebe im Drüsengewebe der Antrumschleimhaut entwickeln. In jedem Fall von Tumorbildung in der Nase ist die Eröffnung und gründliche Durchsuchung des Antrum dringend anzurathen. FINDER.

39) **L. C. Cline. Erkrankungen der Highmorshöhle. Eine Untersuchung an 150 Fällen. (Diseases of the antrum of Highmore. A study of hundred and fifty cases.)** *Journ. of the Amer. Med. Assoc. 23. September 1899. Medical Review. 30. September 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der Section für Laryngologie der American Med. Asssociation. Juni 1899.

EMIL MAYER.

40) **Howard S. Straight. Bericht und Discussion über einen Fall von doppelseitiger Kieferhöhlenerkrankung. (Report and discussion of a case of double maxillary sinus disease.)** *Cleveland Medical Gazette. November 1899.*

Auch beide Stirnhöhlen waren betheiligt und die eine wurde eröffnet. Der Pat. starb, wahrscheinlich durch Cerebralabscess.

EMIL MAYER.

41) **Henry G. Ohls. Antrum-Empyem. (Empyema of antrum.)** *Journal of the American Med. Ass. 15. Juli 1899.*

Eine Zusammenstellung aller Thatsachen, welche sich auf diese Erkrankung beziehen. Verf. gebraucht zur Durchleuchtung eine Spirale aus Platindraht, die in ein 4 g-Fläschchen eingesetzt wird und empfiehlt die von Vausant angegebene Heissluftmethode.

EMIL MAYER.

42) **Wm. A. Schultz. Entzündung der Schleimhaut des Sinus maxillaris. (Inflammation of the lining membrane of the maxillary sinus.)** *Amer. Journal of Surgery and Gynecology. September 1899.*

Diese Entzündung geht nicht immer in Empyem aus. Die Symptome bestehen in Schmerzen, Hyperpyrexie und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Schwellung.

EMIL MAYER.

43) **Hennebert. Empyem der rechten Oberkieferhöhle; Trepanation der Fossa canina; Krankenvorstellung. (Présentation de malade; empyème du sinus maxillaire droit; trépanation de la fosse canine.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 9. 1899.*

Trepanation der Oberkieferhöhle mit Auslöfflung und Cauterisation mit ClZn. Tamponade. Heilung.

BAYER.

44) **Thos. J. Harris. Ein Fall von Erkrankung der Kieferhöhle. (A case of disease of maxillary sinus.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Der Schmerz dauerte fort trotz freier Eröffnung des Sinus.

EMIL MAYER.

45) **Bolkenius** (Aachen). **Ueber die Therapie des Empyems der Kieferhöhle.** Dissert. Erlangen. 1898.

Zusammenstellung der einschlägigen Behandlungsmethoden.

SEIFERT.

46) **Dresel** (Grünberg). **Die Behandlung des Empyema antri Highmori und ihre Erfolge.** Dissert. Berlin. 1899.

Aus der Fränkel'schen Poliklinik theilt Dr. 45 Fälle von Kieferhöhlenempyem mit, welche unter lokaler Cocainanästhesie von der Fossa canina oder

durch Anbohrung vom Alveolarfortsatz aus operirt wurden. Es kamen von diesen 26,09 pCt. zur Heilung.

SEIFERT.

47) **St. Clair Thomsen. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of antrum of Highmori.)** *Clinical Society of London. 12. Mai 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall von chronischem Empyem, welches Kopfschmerzen und permanenten Husten erzeugt hat und durch einfache Alveolarpunction und Ausspülung geheilt wurde.

Mark Hovell und Frederick Eve theilen mehrere Fälle mit, in denen die Alveolarpunction nicht zur Heilung führte. Sie führen dies auf das Vorhandensein von Polypen und Granulationen zurück. Die Heilung wurde erzielt durch eine Reinigung der Höhle von einer weiten vorderen Oeffnung aus.

Sir Felix Semon glaubt, dass die Alveolarpunction in allen Fällen zuerst versucht werden sollte.

C. Symonds schliesst sich dem Vorredner an und berichtet über einen Fall von $1^1/_2$ jährigei Dauer, welcher nach 14tägigen Irrigationen in Heilung überging. Zur Radicaloperation sollte man erst dann schreiten, wenn die einfachen Methoden versagen.

M. Walsham theilt einen Fall mit, in welchem ein im Antrum befindlicher Fremdkörper die Eiterung unterhalten hatte.

WAGGETT.

48) **L. Grünwald** (München). **Zur Heilbarkeit der Kieferhöhlenentzündungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 431. 1899.*

G. stellt die Heilungsresultate zusammen, die er bei 106 Erkrankungen der Kieferhöhle in den letzten Jahren erzielt hat. Er gruppirt die Fälle in kritischer Weise nach den verschiedenen Momenten, welche für die mindere oder grössere Heilbarkeit des einzelnen Falles ins Gewicht fallen. Als solche Momente führt er auf: Die bisherige Dauer der Erkrankung, die Art des Secretes, die Befunde innerhalb der Nase und an den Zähnen und schliesslich etwaige Complicationen.

Wir brauchen auf den Inhalt der einzelnen Abschnitte der gehaltreichen Arbeit nicht näher einzugehen. Jeder, der sich näher mit den Nebenhöhlen beschäftigt, muss sie im Original studiren; er wird dies mit um so grösserem Gewinn thun, als es durchaus nicht radicale Anschauungen sind, die der Verf. vertritt.

F. KLEMPERER.

49) **O. Koerner. Ein Beitrag zur Technik der Perforation der Kieferhöhle. (A contribution to the technic of perforating the maxillary antrum.)** *Arch. of Otology. April-Juni 1899.*

Abbildung eines Instrumentes, mit dem das Antrum zu diagnostischen Zwecken angebohrt und, wenn nöthig, ausgespült werden kann.

EMIL MAYER.

50) **G. Spiess. Sequester im Alveolarfortsatze nach Anbohrung der Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 327. 1899.*

Kurze Krankengeschichte des Falles und Abbildung des 4 Monate nach der Operation ausgestossenen Sequesters. S. führt die Bildung desselben darauf zurück, dass der Bohrer sich heiss gelaufen und die umgebende Knochenmasse ver-

brannt hat. Er empfiehlt, um ähnliche Vorkommnisse zu vermeiden, einen Bohrer zu verwenden, der sich nach hinten um ein ganz Minimales verjüngt.

F. KLEMPERER.

51) **H. H. Curtis. Zwei Röntgenaufnahmen von Kieferhöhlen mit Hineinragen von Zähnen. (Exhibition of two radiographs of the antrum showing intruding teeth.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Im ersten Falle ragte die Wurzel des zweiten Molarzahnes in das Antrum hinein. Im zweiten sieht man ein Osteom im linken Antrum; ein Osteom der rechten Kieferhöhle war 1 Jahr vorher von einem Chirurgen entfernt worden.

EMIL MAYER.

52) **Goris. Auslöfflung einer Gesichtshälfte wegen Carcinoms des Oberkiefers und des Siebbeins. (Evidement de la moitié de la face pour carcinome du maxillaire supérieur et de l'éthmoid.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1899. La Presse Méd. Belge. No. 35. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

Das Carcinom hatte in der Orbita begonnen. 1 Jahr nach Entfernung des Augenlides und des rechten Auges trat Recidiv im Oberkiefer und Siebbein ein. G. machte zuerst die Tracheotomie, tamponirte den Pharynx und nahm darauf die Resection des Oberkiefers, des Wangenbeins, des Proc. zygomat., des Nasen- und Siebbeins vor und entfernte durch einen V-Schnitt einen guten Theil der Wange, darauf Sutur; später will er eine Autoplastie nach Bardenheuer mit der Frontalmethode ausführen.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Giulio Masini. Wirkungen des Tonsillar-Extracts auf den Kreislauf. (Effetti dell'estratto di tonsille sul sistema cardio-vescolare.)** *La Clinica Med. Italiana. Mai 1898.*

Verf. hat den wässrigen Extract von Hunde- und Kalbstonsillen in die Ohrvene von Kaninchen injicirt und hat unmittelbar nach der Injection von 30 cg Extract pro ko. Thier ein erhebliches Steigen des arteriellen Druckes mit characteristischen Oscillationen der sphygmographischen Curve beobachtet; diese Drucksteigerung besteht kurze Zeit, dann sinkt der Blutdruck allmälig, geht einige Millimeter unter die Norm, um nach ungefähr 10 Minuten seine normale Höhe wieder zu erreichen. Ebenso lange wie die Steigerung des arteriellen Drucks dauert eine Verstärkung und Verlangsamung der Herzconctractionen.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass die Tonsillen Drüsen mit „innerer Secretion" sind, und dass sie — wenigstens zum Theil — eine blutdrucksteigernde Substanz absondern. Dass die Unterdrückung dieser Function infolge Entfernung der Tonsillen deletäre Folgen habe, kann er mangels beweisender Experimente nicht behaupten.

FINDER.

54) **Carrol. E. Edson. Ein mit physiologischer Kochsalzlösung behandelter Fall von Septicämie. (A case of septicemia treated with normal selt solution.)** *Boston Med. and Surg. Journ. Juli 1899.*

Verfasser berichtet über einen vermuthlich durch Tonsillarinfection bedingten Fall von Septicämie. Als Patient in einen höchst bedrohlichen Zustand gerathen war, griff man zu subcutanen Injectionen von Chlornatriumlösung, die ein glänzendes Resultat herbeiführten. Schon nach der ersten Injection besserte sich der Allgemeinzustand ausserordentlich: der Puls wurde kräftiger, voller, die Schmerzen und Delirien schwanden und mit jeder neuen Injection machte die Genesung rapide Fortschritte. Bemerkenswerth erscheint noch die Schnelligkeit, mit welcher die beträchtlichen Flüssigkeitsmengen resorbirt wurden. EMIL MAYER.

55) **Hilbert** (Königsberg). **Zur Aetiologie der acuten Mandelentzündungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 43.*

Die acuten Anginen zerfallen ihrer Aetiologie nach in zwei Gruppen: selbstständige primäre (idiopathische, protopathische) und secundäre (deuteropathische), d. h. solche, die als Theilerscheinung einer acuten Infectionskrankheit (Masern, Scharlach, Diphtherie) vorkommen.

Für die primären Anginen gilt der Streptococcus pyog. als der vorzüglichste Erreger.

Die Untersuchungen W.'s sprechen eher für das Gegentheil. Er fand bei 100 gesunden Individuen ausnahsmlos im Mandelschleim dieselben Streptokokken, wie in den Belägen der acut entzündeten Mandeln. Er hält deshalb die Streptokokken im vorliegenden Fall für accidentello Mikroorganismen, die freilich gelegentlich in das Gewebe und die Blutbahn eindringen und dann secundär zu schweren Folgezuständen führen können. ZARNIKO.

56) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Tonsillitis und Pharyngitis. (For follicular tonsillitis and pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 4. November 1899.*

Rp. Natr. salicyl. 7,5
Kali chlorici 15,0.
MDS. In $^1/_2$ l heissen Wassers zu lösen und zum Gurgeln zu gebrauchen.

LEFFERTS.

57) **Escat. Ein antiseptisches Gurgelwasser. (An antiseptic gargle.)** *N. Y. Med. Journal. 18. November 1899.*

Rp. Salol 0,9
Alkohol (90 pCt.)
Glycerin ana 45,0
Aqu. sterilisat. 360,0.
MDS. Zum Gurgeln. LEFFERTS.

58) **H. Tudson Lipes. Die Behandlung der folliculären und eitrigen Mandelentzündung und der Scharlachangina mit Carbolsäureinjectionen. (The treatment of follicular and suppurative amygdalitis and the angina of scarlet fever**

by the injection of a solution of carbolic acid.) *N. Y. Medical Journal. 21. October 1899.*

Verf., der selbst häufig an folliculärer Amygdalitis litt und mit anderen Mitteln keinen Erfolg hatte, hat die von Heubner zuerst angegeben Carbolsäure-injectionen mit solchem Nutzen bei sich selbst angewendet, dass er die Methode auch bei Anderen in Benutzung zog. Seine Resultate sind wohl befriedigende. Die Methodik ist einfach. Nach Seitz's Vorschrift nimmt er eine 3proc. Lösung von Carbolsäure und injicirt davon ein paar Tropfen in jede Mandel an mehreren Stellen. Verf. behandelte auf diese Weise 5 Fälle von Scharlachfieber, 6 von Diphtherie, 3 von eitriger, 4 von einfacher und 3 von folliculärer Tonsillitis. Bei Diphtherie war der Effect kein merkbarer, bei der Scharlachangina dagegen war der Nutzen ein offenbarer. Auch bei den verschiedenen Mandelentzündungen und besonders deutlich bei den folliculären und eitrigen war das Resultat ein positives.

LEFFERTS.

59) **Rivière** (Lyon). **Verdächtige Ulcerationen der Mandeln. (Ulcérations suspectes de l'amygdale.)** *Soc. d. scienc. méd. de Lyon. 20. December 1899.*

R. stellt einen Kranken vor, bei dem Mandel und Gaumensegel Sitz eines Ausschlages sind, der mit Pseudomembranen bedeckt ist und polycystische Contouren hat. R. denkt, dass es sich um Pemphigus handelt.

PAUL RAUGÉ.

60) **Redact. Notiz. Die Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (The treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 18. November 1899.*

Rp. Resorcin 4,5
Aqu. destill. 900
oder β-Naphthol 0,45
Aqu. destill. 900.
S. Zur reichlichen Irrigation der Mandeln, morgens und abends.

LEFFERTS.

61) **Grossard** und **Mounier. Die chirurgische Behandlung der chronischen Mandelentzündung. (Du traitement chirurgical de l'amygdalite chronique.)** *Archives de therapeutique. October 1899.*

Die Verff. besprechen die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden der Mandelhypertrophie; Spaltung, Zerstückelung, Cauterisation und Abtragung mit dem Tonsillotom oder der galvanischen Schlinge. In allen Fällen, in denen der letztgenannte Eingriff möglich ist, geben die Verff. ihm den Vorzug.

A. CARTAZ.

62) **Francis Huber. Lateraler Rachenabscess nach Tonsillotomie. (Lateral pharyngeal abscess following tonsillotomy.)** *Pediatrics. 15. September 1899. Medical Review. 30. September 1899.*

Der Abscess bildete sich im Anschluss an die Excision der Mandeln bei einem Kinde, das bereits früher einmal einen schweren postcervicalen Abscess gehabt hatte. Der Verf. glaubt, dass das Trauma des operativen Eingriffs den alten Entzündungsherd neu zum Aufflammen brachte.

EMIL MAYER.

63) **Depangher** (Triest). **Ein neuer Tonsillarcompressor.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Zweiarmiges mit einem Charniergelenk versehenes Instrument zur Stillung von Blutungen nach Tonsillotomie. SCHECH.

64) **Dovitiis. Eine Klemme zur Stillung von Mandelblutungen. (Une pince hémostatique amygdalienne.)** *Bulletin de Laryngologie. September 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, dessen eine Branche auf die Tonsille presst, während die andere aussen dem Masseter aufliegt. E. J. MOURE.

65) **Marcel Labbé** und **Lévi-Sirugne. Ueber die Läsionen der Mandeln in gewissen Fällen von Tuberculose. (Sur les lésions de l'amygdale dans quelques cas de tuberculose.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. 10. November 1899.*

Vom histologischen Standpunkt betrachtet, erscheint die Tuberculose der Mandeln häufiger, als dies klinisch der Fall zu sein scheint. Sie kommt öfter beim Erwachsenen vor, als bei Kindern, was das Fehlen der Expectoration bei letzteren erklären dürfte. Der Tuberkelbacillus wird den Mandeln meist durch das Sputum zugeführt, in anderen Fällen durch eine ascendirende Infection der Lymphdrüsen oder — bei der Miliartuberculose — durch die Blutbahn.

Die verschiedenen Formen, in denen der tuberculöse Process an der Mandel sich abspielt, sind die Ulceration, die typische Tuberkelbildung mit Ausgang in Verkäsung oder Sklerose und die diffuse Infiltration. A. CARTAZ.

66) **C. Chauveau. Polyp der Mandel. (Polype de l'amygdale.)** *Archives de Therapeutique. September 1899.*

32jähriger Mann, in Behandlung wegen tuberculöser Laryngitis. Auf der rechten Mandel sitzt eine grauweissliche Vegetation von fast $2^1/_2$ cm Länge. Der Polyp genirte den Kranken wenig. Er wurde abgetragen und erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als Adenofibrom. A. CARTAZ.

67) **Beco. Mandelfibrom. (Fibrome de l'amygdale.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 4. 1899.*

Vergl. Bericht über die Belg. otolaryng. Gesellschaft in Brüssel; Sitzung vom 4. Juni 1899. BAYER.

68) **A. Carrel** (Lyon). **Krebs der Mandel mit Betheiligung des vorderen Gaumenbogens, eines Theiles des Gaumensegels, der Zungenbasis und des Kiefers. Operation. Heilung. (Cancer de l'amygdale; envahissement du pilier antérieur, d'une partie du voile, de la base de la langue et du maxillaire. Intervention. Guérison.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 31. Mai 1899.*

Es handelte sich um ein Epitheliom; die Halsdrüsen waren nicht ergriffen. Die ganze Neubildung wurde entfernt, nachdem durch Resection einer Kieferhälfte freier Zutritt geschaffen war. Der Fall lehrt wieder, wie grosse Eingriffe man im Rachen wagen darf. PAUL RAUGÉ.

69) **G. Aue. Mittheilung eines Falles von Angina complicirt mit Gelenkrheumatismus.** *Wratsch. No. 4. 1900.*

Der Titel erklärt den Inhalt. P. HELLAT.

70) **Siegert. Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Die Angina lacunaris oder Tonsillitis follicularis, bei der sich stets Streptokokken fanden, ist eine infectiöse Erkrankung mit einer Incubationsdauer von vier Tagen. Auch das Säuglingsalter wie die ersten 3 Lebensjahre zeigen eine, wenn auch geringe Disposition. Die Isolirung ist stets anzustreben, schon mit Rücksicht auf die häufigen septischen und pyämischen Complicationen. Schulpflichtige Geschwister Anginakranker sollen erst zur Schule zugelassen werden, wenn sie sich am fünften Tage als nicht inficirt erweisen. SCHECH.

71) **Parmentier. Membranös-ulceröse Amygdalitis mit Spindelbacillen und Spirillen und acute lacunäre Amygdalitis. (Amygdalite membrano-ulcéreuse à bacilles fusiformes et à spirilles, et amygdalite lacunaire aigue.)** *La Progrès Méd. Belge. No. 17. 1899.*

Analytischer Artikel ohne Neues zu bringen. BAYER.

72) **Tarasewitsch. Ein Fall von Angina mit spindelförmigen Bacterien und Spirillen (St. Vincent). (Slutschai Angini s werteorasnimi palatschkami i spirilami.)** *Rus. Archiv. November 1899.*

T. beobachtete bei seiner eigenen 6jährigen Tochter während einer Diphtherieepidemie eine Angina mit einzelnen Follikeln und Temperatur bis 38,4; Puls 126. Nach 10 Tagen war alles wieder normal. Spindelbakterien und Spirillen fanden sich in grosser Zahl. P. HELLAT.

73) **J. Freyche. Klinische und bacteriologische Studie über die durch spindelförmige Bacillen und Vincent'sche Spirillen hervorgerufene diphtheroide und ulceröse Angina. (Etude clinique et bactériologique sur l'angine diphtéroide et ulcereuse à bacilles fusiformes et spirilles de Vincent.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

In dieser Arbeit, welche eine recht gute Studie über obiges Thema darstellt, beschäftigt sich Verf. mit der diphtheroiden und ulcerösen Angina vom klinischen und anatomisch-pathologischen Gesichtspunkt aus. Er hält diese Affection für ein einheitliches Leiden, welches theils durch spindelförmige Bacillen, theils durch Spirillen herbeigeführt wird. Verf. entwickelt die Vincent'schen Ansichten und bestreitet nicht die Möglichkeit einer Aehnlichkeit oder nahen Beziehung dieser Affection zu den angino-ulcerösen Läsionen der Stomatitis ulcerosa membranosa. A. CARTAZ.

74) **Fischl. Ueber chronisch recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1899.*

Sie soll in hygienisch schlecht bestellten Städten, ferner in Häusern, wo Stallungen sind, sowie bei familiärer Disposition vorkommend den gewöhnlichen

Mundbacterien, pyogenen Strepto- und Staphylokokken ihre Entstehung verdanken. Eine Immunisirung tritt gewöhnlich nicht ein und werden die Attaquen erst mit der Pubertät seltener. Manchmal schliessen sich schwere Verdauungsstörungen an; die Krankheit ist auch infectiös. In der Debatte wurde die häufige Anwesenheit von Mandelpfröpfchen und von zerrissenen Mandeln betont. SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

75) **Rolly. Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz. (Diphtheria poison as it affects the heart.)**

R. stellt durch eine Reihe von Thierversuchen fest, dass die Herabsetzung des Blutdruckes durch das Diphtheriegift auf Lähmung des vasomotorischen Centrums und auf Herzlähmung zurückzuführen ist. Die Wirkung auf das Herz ist bei Warmblütern eine directe und unabhängig vom Nervensystem. Vor dem Eintritt der Lähmung liegt eine mehr oder weniger deutliche Periode der Latenz. Das Gift, das den Herzmuskel direct angreift, scheint sich in demselben erst aufzuspeichern, bis es seine vollständige Wirkung entfalten kann. LEFFERTS.

76) **Wlaeff. Einfluss des Diphtherieserums mit und ohne Carbolzusatz auf das Blut und die Organe. (Action du serum anti-diphthérique phéniqué et non phéniqué sur le sang et les organes.)** *Soc. anatomique. Juli 1899.*

In einer grösseren Reihe von Thierversuchen stellte Verf. fest, dass das einfache Pferdeserum eine geringe Verminderung der rothen und weissen Blutkörperchen herbeiführt, das nicht-carbolisirte Diphtherieserum eine intensive Hyperleukocytose erzeugt und das carbolhaltige Diphtherieserum die Zahl der rothen Blutkörperchen bis auf eine Million herabsetzt. PAUL RAUGÉ.

77) **W. Jakowlew. Untersuchung von Mund-, Rachen- und Nasensecreten bei diphtherieverdächtigen Patienten. (Isledowanie otdelenii polosti rta, sewa i nosa bolnich, podosritelnich w smisle diphtheri.)** *Wratsch. No. 17. 1899.*

Untersucht wurden 1425 Fälle; Diphtherie wurde 398mal constatirt. Untersucht wurden ferner 135 Personen, welche von Diphtherie genesen waren; 106mal fanden sich Bacillen, in einzelnen Fällen noch nach 11 Wochen. Verf. vertritt die Anschauung, dass solche Personen eine Gefahr für die Umgebung in sich bergen. P. HELLAT.

78) **Gabritschewski. Die Prophylaxe gegen Diphtherie. (Prophylaxis against diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 7. October 1899.*

Die Untersuchung der Mund-, Rachen- und Nasensekrete auf Diphtheriebacillen ist nicht nur bei dem Patienten selbst zu diagnostischen Zwecken erforderlich, sondern sie ist auch als prophylactische Maassregel nothwendig und auf alle Gesunden, die der Infection ausgesetzt waren, auszudehnen.

LEFFERTS.

79) **Ino D. Dunham. Die Diphtheritis, ihre Aetiologie, Diagnose und Prophylaxe. (Diphtheria: etiology, diagnosis and prophylaxis.)** *N. Y. Medical News. 30. September 1899.*

Zur Einschränkung der Diphtheritis sind nothwendig die bacteriologische Untersuchung aller verdächtigen Kranken resp. ihrer Umgebung, sowie die Isolirung derjenigen, die Löffler'sche Bacillen im Munde haben. LEFFERTS.

80) **E. J. Stickland. Einige Gedanken über die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Some thoughts in regard to diphtheria and its treatment.)** *The New Albany Medical Journal.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

81) **Edwin Rosenthal. Behandlung des chronischen Croups. (Treatment of chronic croup.)** *Journ. of Amer. Med. Assoc. 16. September 1899. Medical Review. 23. September 1899.*

Abdruck eines in der Abtheilung für Laryngologie der Americ. Med. Association (Juni 1899) gehaltenen Vortrages; wird im Verhandlungsbericht referirt werden. EMIL MAYER.

82) **Edwin Motley Fuller. Medicamentöse Behandlung der Diphtherie neben den Seruminjectionen. (Medicinal treatment of diphtheria other than with antitoxine.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. September 1899.*

Wo Schmerzen vorhanden sind, ist nach Verf. folgendes Mittel zu empfehlen:

Rp. Syr. Ipecac. 1,0,
Tct. Benzoes,
„ Hyoscyami,
„ Myrrhae ana 4,0,
Syr. Tolut. 16,0.

M. D. S. 15—40 Tropfen in ein halbes Weinglas Wasser aufgelöst zum Gurgeln zu gebrauchen und jedesmal ein wenig davon hinunter zu schlucken. Daneben wird das Serum injicirt, sowie die üblichen Indicationen erfüllt.

EMIL MAYER.

83) **Redact. Notiz. Diphtherie und ihre Behandlung in Boston. (Diphtheria and its treatment in Boston.)** *Philad. Med. Journal. 9. September 1899.*

Die Mortalität im letzten Halbjahre bis 1. August betrug nur 8 pCt. und in den letzten zwei Wochen sogar nur 2 pCt. Im Hospital wurden gewöhnlich frühzeitig grosse Dosen gegeben, 3000—4000 Einheiten 4stündlich, bis die Membranen verschwinden und alle Symptome sich bessern. Ein 9jähriger Knabe, der in anscheinend moribundem Zustande aufgenommen wurde, erhielt 12000 Einheiten pro Tag in 4stündigen Intervallen 4 Tage lang, bis die Besserung deutlich in Gange war. EMIL MAYER.

84) **Wenner. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1899.*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der seit dem 25. October 1894 bis zum

31. December 1898 auf der Diphtherie-Abtheilung des Züricher Kinderhospitals behandelten Fälle. Im Ganzen wurden 512 Patienten aufgenommen; von diesen starben 52 (10,1 pCt.). Der Diphtheriebacillus fand sich jedoch nur in 432 Fällen vor; von diesen gingen 44 (10,18 pCt.) zu Grunde. Von den 432 Fällen waren nur 8 aus verschiedenen Gründen der Serumbehandlung nicht unterworfen worden. Die vergleichenden Zahlen beweisen, dass die Mortalität im Allgemeinen von 43 pCt. (1874—1894) auf 10 pCt. (1894—1898) reducirt wurde. In den Fällen, in denen die Intubation oder Tracheotomie ausgeführt wurde, sank die Sterblichkeitszahl von 63,7 pCt. auf 19,4 pCt. und in denjenigen, welche keinen operativen Eingriff erforderten, von 15 pCt. auf 5,8 pCt. Es zeigte sich, dass der Serumgebrauch in den meisten Fällen die Temperatur schnell zur Norm herabdrückte, gleichviel, ob die Injection im Beginne oder späteren Verlauf der Erkrankung ausgeführt wurde. Die Abstossung der Membranen ging schneller von statten und ist fast in allen Fällen gleichförmig gewesen. Der Einfluss auf die stenotischen Erscheinungen war sehr deutlich. Nach den Injectionen wurde weder eine Ausbreitung des Processes auf den Pharynx oder Larynx noch eine Exacerbation der Stenose beobachtet. Die constatirten Albuminurien, Nephritiden und Lähmungen sind nicht als Folge der Injectionen, sondern als ein Resultat der Wirkung des Diphtherietoxins zu betrachten. Das Serum bedingt verschiedene Exantheme, oft auch Fieber, ohne jedoch irgend welche ernsteren Folgen nach sich zu ziehen. Die verschiedenen Serumarten bieten in dieser Hinsicht Verschiedenheiten dar. In keinem Falle bewirkten die Injectionen den Exitus oder eine Schädigung der Gesundheit. Aus den oben angeführten Gründen wird die Anwendung des Serums sowohl für die Hospital- als auch für die Privatpraxis vom Verf. wärmstens empfohlen.

LEFFERTS.

85) **Woollacott. Der Einfluss des Heilserums auf diphtherische Lähmungen. (The influence of antitoxin on diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 29. September 1899.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Es ist augenscheinlich, dass grosse Serumquantitäten, d. h. Mengen nicht unter 4000 Einheiten sich wirkungsvoller erweisen, als kleine, und zwar sowohl um Lähmungen zu verhüten, als auch um die durch dieselben bedingte Mortalitätszahl herabzudrücken. Je früher man das Serum injicirt, um so unwahrscheinlicher ist es, dass Lähmungen auftreten. Erscheinen sie nach einer frühzeitigen Injection, so werden sie voraussichtlich einen milden Verlauf und eine verhältnissmässig kurze Dauer haben. Die Art der Lähmungen ist im ganzen eine weniger heftige geworden, unter allen Umständen aber eine weniger lebensgefährliche. Schliesslich haben die diphtherischen Lähmungen jetzt mehr Neigung, junge Individuen zu befallen.

Die praktische Folgerung aus alledem ist, dass der volle Werth des Heilserums nur dann zur Geltung kommt, wenn dasselbe frühzeitig und in kräftiger Dosis angewendet wird. Ist das gethan, so hat man dadurch nicht nur das Leben gerettet, sondern auch die schweren Complicationen verhütet oder sie wenigstens ihres gefährlichen Charakters entkleidet.

LEFFERTS.

86) **M. Worschawski. Zur Casuistik der Complicationen in Folge von Seruminjection. (K casuistike osloschnemii posle wpriskiwanii protiwodifterinoi siworotki.)** *Eshenedeln. No. 34. 1899.*

Werthlose Mittheilung.

P. HELLAT.

87) **W. Pulawski. Die Behandlung der Diphtherie mittelst Serum. (Leczenie btonicy surowica swoista.)** *Gazeta lekarska. No. 35. 1899.*

Es handelte sich von 73 Fällen von Diphtherie um 30 Anginen, 11 Laryngitiden und 32 Anginen mit Laryngitis. Von der Gesammtzahl starben 6 (8 pCt.).

A. v. SOKOLOWSKI.

88) **Bayeux. Die Diphtherie vor und seit 1894. (La diphthérie avant et depuis l'année 1894.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Vor dem Gebrauch des Serums betrug die Mortalität 55 pCt., seit 1894 nur 16 pCt. Diese Zahl stützt sich auf eine Statistik von über 200000 Fällen.

Die Intubation verdient im Allgemeinen an Stelle der Tracheotomie zu treten. In Frankreich bedient man sich jetzt mehr und mehr der kurzen Tuben.

PAUL RAUGÉ.

89) **S. Arloing** (Lyon). **Einfluss des Einführungsweges des Diphtherieserums auf seinen therapeutischen Effect. (Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets therapeutiques du sérum antidiphthérique.)** *Acad. des Sciences. 19. Juni 1899.*

Im Verfolg seiner früheren Untersuchungen (Acad. d. Sciences, 25. April 1898) stellte A. fest, dass beim Hunde die Einbringung des Serums in die Blutbahn der Wirkung von der Conjunctiva aus überlegen ist. Beim Meerschweinchen wirkt das Serum bei Einführung vom Conjunctivalsack aus stärker, als bei intraperitonealer Injection.

PAUL RAUGÉ.

90) **George Thornton. Tracheotomie bei Diphtheritis. (Tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 8. Juli 1899.*

Bei 151 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht, mit 102 Heilungen und einer Todesziffer von 32,4 pCt. Früher, vor der Serumanwendung, betrug die Mortalität 70,4 pCt. Bei Säuglingen ist die Prognose sehr schlecht, bei Kindern viel besser; bei Erwachsenen ist sie ernst. In den Fällen, in denen die Exsudation nicht in den Larynx herabreicht, war die Mortalität nur 5,8 pCt., bei Betheiligung des Larynx dagegen 44,1 pCt. Verf. zieht die tiefe Tracheotomie vor und verwendet die Durham'schen Canülen. Die äussere Canüle bleibt $2^1/_2$ bis 3 Tage unverändert liegen. Die trockenen Fälle, bei denen wenig oder gar kein Schleim herausgebracht wird, sind die gefährlichsten. In den Fällen von Tracheotomie ist die Lähmung sehr selten, ausser wenn im Rachen und in der Nase starke Membranen angehäuft sind. Die Krisis von Seiten des Herzens und Magens tritt am 10.—14. Tage ein und wird mit Strychnin-Injectionen behandelt. Von den Todesfällen entfielen 8 auf Toxämie, 16 auf Asphyxie, 9 auf Bronchopneumonie, 5 auf cardio-gastrische Krise, 5 auf Blutungen und 3 auf acute Tracheitis.

ADOLPH BRONNER.

91) **W. Ewart. Die Tracheotomie bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung. (Tracheotomy in diphtheria; the after treatment.)** *Lancet. 15. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt die Injection von Creosotöl 1 : 10 zweistündlich, wenn erforderlich, in Dosen von 5—20 Tropfen in allen trockenen Fällen, d. h. in allen denjenigen, bei welchen die Tracheotomie keine Besserung gebracht hat und die Luft nicht frei in die Lungen dringt.

ADOLPH BRONNER.

92) **F. Sachs. 14 Fälle von diphtheritischem Croup, behandelt mittelst Intubation. (14 przypadków dlawca btoniczego leczonych za pomoca intubacyi.)** *Medycyna. No. 36, 37, 38. 1899.*

Nachdem der Verf. die Geschichte und Technik der Intubation kurz dargestellt hat, beschreibt er genauer 14 Fälle, welche er im Israelitischen Warschauer Krankenhause beobachtet und behandelt hat. Der Intubation ging in allen Fällen eine Seruminjection voraus und erst mit zunehmender Dyspnoe wurden die Kinder intubirt. Verf. verwendet meistens Röhrchen (Tuben) von geringerer Dimension. Von den 14 intubirten Kindern starben 3 an Pneumonie. Die durchschnittliche Zeitdauer, während welcher der Tubus im Kehlkopfe verblieb, beträgt 64 Stunden. Das Herausstossen der Tuben wurde öfters beobachtet, verlief aber stets gefahrlos. Verf. betrachtet die Intubation als einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Diphtherie. Dieselbe kann die Tracheotomie ganz ersetzen; aber in allen Fällen muss die Seruminjection vorher gemacht werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **Anderodias. Ein Fall von Pachydermia laryngea. (Sur un cas de pachydermie laryngée.)** *Gaz. méd. de Picardie. April 1899.*

Nach A. können alle Partien des Kehlkopfes Sitz von Pachydermien sein; diese Affection ist nichts anderes als eine Form von Laryngitis chronica und zwar die hypertrophische Form der chronischen Entzündung. Dieselbe kommt ebensowohl im Anschluss an einen einfachen chronischen Catarrh vor, wie bei tuberculöser oder syphilitischer Entzündung.

A. CARTAZ.

94) **Oseki** (Japan). **Pachydermia laryngis.** *Chugai Ijischimpo. December 1898.*

Zwei Krankengeschichten mit schönen Abbildungen; im ganzen aber nichts Neues.

OKADA.

95) **A. Kuttner** (Berlin). **Wie entstehen die schalenförmigen Vertiefungen inmitten der pachydermatischen Wülste am Processus vocalis?** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. S. 355. 1899.*

Nach Virchow ist die feste Anheftung der Schleimhaut an dem Knorpel die Ursache der schalenförmigen Gruben in der Mitte der pachydermatischen Wülste. B. Fränkel dagegen führt die Gruben auf den Druck zurück, welchen die Verdickung des einen Stimmbandes bei der Phonation auf das andere Stimm-

band ausübt; bei einseitiger Verdickung trage der Wulst keine Grube, bei beiderseitiger liegen die Gruben nicht symmetrisch in derselben Horizontalen, sondern der Wulst der einen Seite soll der Vertiefung des anderen entsprechen.

Kuttner beobachtete einen Fall mit mässiger Pachydermie, der folgendes eigenartige Verhalten zeigte: Die beiden Stimmbänder lagen nicht in einer Ebene; es lag vielmehr die linke Stimmlippe so viel höher als die rechte, dass man beim Glottisschluss den Eindruck einer stufenartigen Uebereinanderlagerung hatte, und trotz scharfer Aneinanderlagerung beider Stimmlippen sah man von oben her in die linke Delle hinein.

Dieser Fall erbringt nach K. den „endgiltigen klinischen Beweis, dass der Druck, den die pachydermatischen Wülste beim Zusammenschlagen der Stimmlippen aufeinander ausüben, nicht die einzige Ursache zur Entstehung der fraglichen Vertiefungen bilden kann.“ Neben dieser Annahme des gegenseitigen Druckes muss vielmehr die Virchow'sche Erklärung als berechtigt anerkannt werden.

F. KLEMPERER.

96) **L. Rethi** (Wien). **Die Entstehung der Dellen auf den pachydermatischen Wülsten der Stimmbänder.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 10. H. 1. S. 168.*

R. führt aus, dass Kuttner's Fall (s. voriges Referat) auch eine andere Deutung zulässt und dass überhaupt beweiskräftige Beobachtungen von primärer Dellenbildung bisher nicht vorliegen, während die Entstehung der Vertiefungen durch Druck des gegenüberliegenden Wulstes und gegenseitiges Abschleifen von ihm direct beobachtet worden ist. R. hält deshalb die Fränkel'sche Erklärung der Dellen vor der Hand für „die einzig richtige“.

F. KLEMPERER.

97) **A. Kuttner. Entgegnung an Dr. L. Rethi.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 10. H. 2. S. 345.*

K. weist R.'s Einwände zurück und zeigt an einer schematischen Zeichnung seines Falles, dass bei demselben die Stimmbänder stufenförmig übereinander und die linke Delle mit ihrem oberen und unteren Wulst ganz frei zu Tage lagen, dass also von einer Entstehung dieser Delle durch Druck nicht die Rede sein kann.

F. KLEMPERER.

98) **Richmond Mc Kinney. Chorditis tuberosa oder Sängerknötchen. (Chorditis tuberosa or singer's nodule.)** *Memphis Med. Monthly. August 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

99) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Ueber Folgezustände der Sängerknötchen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1899. The Laryngoscope. October 1899.*

Verf. hält es für sicher, dass die sogenannten Sängerknötchen in Beziehung zu den von B. Fränkel nachgewiesenen Stimmbanddrüsen stehen. Wird die Stimme beim Vorhandensein solcher Knötchen nicht gehörig geschont, so können sich folgende, vom Verf. als typisch betrachtete Veränderungen herausbilden: Zunächst diffuse Anschwellung der Pars libera des Stimmbandes, sodass der Rand einen flachen, convexen Bogen beschreibt. Diese Veränderung geht bei Schonung

auf adstringirende Behandlung zurück. Bei fortdauernder Schädigung des Stimmbandes kann sich eine entzündliche Neubildung oder eine Hyperplasie herausbilden.

ZARNIKO.

100) **H. D. Hamilton. Cyste der Epiglottis. (Cyst of the epiglottis.)** *Montreal Med. Journal. August 1899.*

Die Cyste, welche die ganze liegende Fläche der rechten Seite der Epiglottis und die rechte Vallecula, sowie einen Theil der unteren Epiglottisfläche einnahm, verdeckte den Eingang in den Larynx vollständig.

Die Behandlung bestand in der Entleerung des leicht grünlich gefärbten, gelatinösen Inhalts, Curettement des Innern der Cyste und Injection von 6 Tropfen einer 5proc. Carbolglycerin-Lösung.

EMIL MAYER.

101) **E. Lonys. Ueber intralaryngeale Cysten, insbesondere die branchiogenen Larynxcysten. (Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes laryngés branchiogènes.)** *Revue de Chirurgie. December 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall, welcher eine 49jährige Frau betrifft, die im August 1898 wegen Dyspnoe und Aphonie ins Genfer Hospital eingetreten war. Die laryngoskopische Untersuchung ergab einen Tumor, welcher das ganze rechte falsche Stimmband sowie die Stimmbandtasche umfasste. Der Tumor hatte ein bläuliches Aussehen. Da man an eine maligne Neubildung dachte, führte man die Tracheotomie und dann die mediane Thyrotomie aus. Als man aber den Tumor ganz übersehen konnte, erschien er nicht mehr als ein maligner. Man verzichtete daher auf die Laryngectomie. Bei der Enucleation barst der Tumor und es entleerte sich eine bräunliche gelatinöse Flüssigkeit. Es handelte sich also um eine Cyste, welche in der Richtung des grossen Horns des Zungenbeins nach aufwärts stieg. Pat. genas vollkommen; die Respiration war frei, doch blieb die Stimme heiser.

Die Untersuchung der Cystenwände zeigte alle Merkmale cervicaler Cysten embryonalen Ursprungs, welche entweder vom bronchialen System oder von der Einmündungsstelle der Schilddrüse sich ableiten. In der Cystenwand fand man an einer kleinen Stelle embryonales Knorpelgewebe.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Larynxcysten, welche er in folliculäre, lymphatische und embryonale eintheilt. Seine Hauptaufmerksamkeit lenkt er auf die letzteren, auf ihre Beziehungen zum bronchiogenen Apparat und auf ihren dreifachen Ursprung vom bronchialen System, dem Ductus thyreolingualis und von der Einmündungsstelle der Schilddrüse. Die Natur der Cysten kann nur nach Entfernung derselben festgestellt werden.

A. CARTAZ.

102) **Otto Freer. Ein Fall von Kehlkopfgeschwulst. (A case of laryngeal tumor.)** *Chicago Medical Recorder. October 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

103) **Gaudier. Larynxpolypen. (Polypes du larynx.)** *Nord Médical. 1. November 1899.*

Nach den Erfahrungen des Verfassers sollen Larynxpolypen im Departement

du Nord und in der Gegend von Pas-de-Calais oft vorkommen. Verf. hatte Gelegenheit mehrere solcher Tumoren zu beseitigen; er demonstrirt einen voluminösen Polypen, den er kürzlich bei einem jungen Manne entfernt hat.

A. CARTAZ.

104) **P. Manasse. Ueber multiple Amyloid-Geschwülste der oberen Luftwege.** *Virchow's Archiv. Bd. 159. H. 1. S. 117.*

M. berichtet über zwei sehr bemerkenswerthe Beobachtungen.

Fall 1 wurde nicht intra vitam gesehen. Bei der Section eines an Perforationsperitonitis gestorbenen Mannes fand sich auf der Hinterwand des Larynx und der Trachea ein grosser flach aufsitzender Tumor von 3,2 cm Länge und 1,2 cm grösster Breite; am breitesten war der Tumor in der Mitte, nach oben und unten lief er spitz aus; auf dem Schnitt sah er glasig, stark transparent aus; er hatte eine holzige Beschaffenheit und maass in der Dicke bis zum Knorpel 0,8 cm. Dicht daneben an der rechten Seitenwand befand sich eine ähnliche Geschwulst von 2,2 cm Länge, 0,8 cm Breite und 0,8 cm Dicke; ferner waren kleinere kirschkerngrosse vereinzelte Tumoren vorhanden, sowie eine grosse Anzahl kleinster Geschwülste von Stecknadelkopf- bis Hirsekorngrösse über die Schleimhaut der oberen Trachea und des Larynx zerstreut, besonders auf den Seitenwänden, unter den Stimmbändern, subglottisch gelegen, vereinzelte auch in der Interarytaenoidgegend, sowie auf den Processus vocales.

M. hat diese Geschwülste einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen, über die er in eingehender und anschaulicher Weise Bericht erstattet. Es handelt sich um Amyloidgeschwülste. Die einzelnen Knötchen lagen einander so nahe, dass „mehr eine diffuse Amyloidinfiltration der befallenen Partien herauskam." Der Bau der Geschwülste stimmt im Wesentlichen mit dem überein, was an den wenigen bisher beschriebenen Amyloidtumoren der oberen Luftwege, die übrigens alle entweder solitär oder doch vereinzelt waren, beobachtet worden ist. M. hebt hervor, dass in seinen Tumoren nichts von Knochensubstanz nachzuweisen war, die in anderen Amyloidgeschwülsten wiederholt constatirt wurde, dass sie dagegen mehrfach hyalines Knorpelgewebe enthielten. Dieses stellte nach M.'s Ansicht nicht abgesprengte Stückchen präformirten Knorpels dar, sondern ist innerhalb der Geschwülste auf metaplastische Weise entstanden. Das Amyloid fand sich in den Tumoren ausser in diffusem Amyloidgewebe besonders auch in den Lymphgefässen. M. illustrirt dies durch eine beigegebene Abbildung, auf der die netzartige Anordnung der amyloidgefüllten Lymphgefässe ins Auge fällt. An den Lymphgefässen konnte M. stellenweise noch deutlich die Endothelien erkennen; dieselben waren zum Theil in vielkernige Riesenzellen umgewandelt, die dann den amyloiden Massen fest anlagen.

Fall 2 betrifft einen 50jährigen Mann, der seit längerem an Schluck- und Athembeschwerden litt. Neben der Uvula sass am linken Gaumen ein graurother Tumor, plump, dick, cylindrisch, von $1^1/_2$—2 cm Länge, einer zweiten Uvula ähnlich. Ausserdem sassen auf beiden Tonsillen mehrere kleinere flache sagokornähnliche Geschwülstchen, dicht bei einander liegend, durch ihre transparente Beschaffenheit ziemlich gut von dem Tonsillargewebe sich abhebend. Schliesslich

fand sich noch ein grosser Tumor im Larynx, die Glottis fast ausfüllend, mit einem Stiel am linken Lig. ary-epiglotticum inserirend.

Der Gaumentumor und die Mandeltumoren wurden mit der Cooper'schen Scheere flach abgetragen, die Kehlkopfgeschwulst auf autoskopischem Wege mit der geraden Nasenschlinge abgeschnürt. Der Gaumentumor zeigte auf dem Schnitt grauweisse Farbe und feste Consistenz, nichts von glasiger Beschaffenheit, der Kehlkopftumor hatte eine sehr durchsichtige glasige Beschaffenheit, die sofort an Amyloid denken liess.

Verf. sah den Pat. noch 1 Jahr nach der Exstirpation; ein Recidiv war bis dahin nicht eingetreten.

Der mikroskopische Befund war von dem des ersten Falles wesentlich verschieden. Die Geschwülste waren hier nicht einfach aus Amyloidsubstanz zusammengesetzt, sondern das Hauptsubstrat bildete ein sehr zellreiches Gewebe von zweifellos sarcomatöser Natur, das fast lediglich aus kleinen Spindelzellen, zuweilen auch aus Rundzellen bestand. In diesem zellreichen Gewebe hatte sich dann erst die amyloide Substanz entwickelt und zwar in so verschiedenem Grade, dass man bei einem Theil der Geschwülste schon makroskopisch die amyloide Natur erkennen konnte, während andere erst nach längerem Suchen mikroskopisch kleine Partien amyloiden Gewebes auffinden liessen. Die Geschwulst des weichen Gaumens enthielt am wenigsten Amyloid, mehr die Tonsillargeschwülste, am meisten der Kehlkopftumor, der fast ausschliesslich aus amyloider Substanz bestand und nur in seinem Centrum eine geringe Menge zellreichen, sarcomatösen Gewebes enthielt. Verf. konnte den allmäligen Uebergang des sarcomatösen Gewebes in amyloides klar erkennen; die amyloide Degeneration der Tumoren begann an der Peripherie und schritt zum Centrum fort. Knorpel- oder Knochengewebe war in den Tumoren nicht vorhanden.

Während es sich im ersten Falle nach M.'s Ansicht nicht um präformirte Bindegewebsgeschwülste handelt, sondern vielmehr um „gemeine Amyloidgeschwülste", in denen das in ihnen angetroffene amyloide Bindegewebe nicht neugebildet ist, sondern einfach dem submucösen Trachealgewebe entspricht, repräsentirt Fall 2 „präformirte, zellreiche Bindegewebsgeschwülste, die erst später amyloid degeneriren". Zu den bisher bekannten einfachen Amyloidgeschwülsten der oberen Luftwege tritt also nach Manasse's Untersuchungen eine zweite Art von Amyloidgeschwülsten, die in ihren Anfangsstadien richtige Sarcome oder auch Granulome darstellen, in späteren Stadien jedoch durch allmälige Anbildung von Amyloid den einfachen Amyloidgeschwülsten ziemlich ähnlich werden können.

Die inhaltreichen Ausführungen der M.'schen Arbeit müssen im Original nachgelesen werden; wir heben aus dem letzten Abschnitt derselben nur noch hervor, dass der Verf. der Ansicht ist, dass das Amyloid innerhalb der Lymphgefässe bezw. Saftcanälchen producirt wird und dass er die Riesenzellen, die er auch in Fall 2 findet, als Fremdkörper-Riesenzellen auffasst, entstanden aus den Endothelien der Lymphgefässe infolge des durch die amyloide Substanz als Fremdkörper gesetzten Reizes.

F. KLEMPERER.

105) **G. Masini. Ueber den Werth der Laryngofissur bei Larynxpapillomen. (Sul valore della laringofissione nei papillomi della laringe.)** *R. Academia Medico di Genova. 30. Januar 1899.*

Verf. zieht in diesen Fällen die Laryngofissur der Entfernung per vias naturales vor, weil erstere zur schnelleren Heilung führt. Das Resultat ist stets gut, sowohl in Bezug auf die Wiederherstellung der Kehlkopffunction, als auch was die Recidive betrifft, die, wenn überhaupt, stets so geringfügig auftraten, dass sie leicht auf endolaryngealem Wege entfernt werden können. Er berichtet über einige von ihm derart operirte Fälle; in einem derselben war die Indication zur Operation eine vitale.

FINDER.

106) **Goris. Doppelte Thyrotomie, doppelte Tracheotomie wegen Kehlkopfangioms bei einem 4jährigen Kinde. Heilung. (Double thyrotomie, double trachéotomia pour angiome du larynx chez un enfant de quatre ans; guérison.)** *La Presse Méd. Belge. No. 23. 1899.*

Die laryngoskopische Untersuchung in Chloroformnarcose ergiebt die Anwesenheit eines abgerundeten Tumors, welcher beinahe die ganze Kehlkopfshöhle verlegt, aber hier und da erlaubt das rechte Stimmband intact zu sehen. Wegen dringender Gefahr Tracheotomie gefolgt von Thyrotomie; es zeigt sich ein mamelonnirter, bläulicher Tumor den linken Ventrikel einnehmend und dessen Wand nach oben verschiebend; — diese nach oben verschobene Wand war bei der Laryngoscopie als Tumor erschienen; der eigentliche linsengrosse Tumor stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Angiom heraus. — Er wurde mit der Scheere entfernt und mit dem Thermokauter kauterisirt. Darauf Vernähen des Larynx mit Catgut. Entfernung der Canüle nach 14 Tagen. Da aber das Athmungsgeräusch (Cornage) bei Nacht fortbestand, nahm G. die beiden Operationen von Neuem vor und fand als Ursache das vorgefallene Taschenband, welches der Luft den Weg verlegte. Er nahm nun eine subperichondrale Resection desselben vor mit Ausschneiden eines elliptischen Lappens der Schleimhaut, deren beide Lippen er mit feinem Catgut vernähte. Die Canüle blieb 4 Monate liegen. Resultat ausgezeichnet. Nach 9 Monaten erlag leider das Kind einem intercurrenten Typhus mit schweren Hirn- und Brusterscheinungen.

BAYER.

107) **F. Massei** (Naples). **Die laryngealen Complicationen bei Hautsarcomatose. (Le complicanze laringee della sarcomatosi cutanea.)** *Arch. Ital. di Laringol. Naples. October 1899.*

Verf. berichtet über fünf Fälle, in denen sich im Anschluss an Kaposi's Sarcoid der Haut endolaryngeale Sarcome entwickelten. Drei Fälle sind von Massei, Martuscelli und Prota in klinischer und histologischer Beziehung erschöpfend beschrieben und durch chromolithographische Abbildungen illustrirt. Es ist eine klinisch nicht zu bestreitende Thatsache, dass zwischen multiplen idiopathischen, hämorrhagischen Sarcomen der Haut und endolaryngealen Sarcomen ein Zusammenhang besteht. Während die gewöhnlichen endolaryngealen Neubildungen ihren Prädilectionssitz in den vorderen Partien der Stimmbänder haben, greifen diese Sarcome die hinteren Partien, die Arytaenoidknorpel, den freien

Epiglottisrand und den Tractus hypoglotticus an. Das Fortschreiten dieser Tumoren kann langsam und relativ gutartig vor sich gehen und Gefahr durch mechanische Behinderung fehlt gewöhnlich ganz. Die Geschwülste können, selbst wenn sie gross sind, durch eine endolaryngeale Operation vollkommen beseitigt werden. Auf Grund der Heilungen, die in einigen wenigen Fällen durch die frühzeitige Entfernung der Hautknoten erzielt wurden, hofft Verf., dass ein ähnlicher laryngealer Eingriff die Gefahr der Stenose beseitigen würde. Er ist der Meinung, dass die Krankheit eine generelle und durch Infection mit einem specifischen Agens bedingte ist und in gewissem Grade der Lepra oder dem Lupus (Tuberculose?) gleichzusetzen ist.

JAMES DONELAN.

108) **Goris. Carcinomatöser Kehlkopf. (Larynx carcinomateux.)** *Annal. de la Société Méd. Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

Präsentation eines halben Kehlkopfs, welchen G. wegen eines Tumors entfernt hatte, der seinen Sitz auf dem linken Taschenband hatte, das gleichseitige Stimmband in Mitleidenschaft ziehend und noch mit Ueberschreiten der Mittellinie auf das rechte Stimmband übergreifend. G. nahm die Exstirpation der linken Kehlkopfhälfte und einer Partie des rechten Stimmbandes vor. Patient wurde 3 Wochen lang mit der Oesophagussonde genährt und ist vollständig geheilt.

BAYER.

109) **Goris. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *Journ. Méd. de Bruxelle. No. 31. 1899.*

In der Med. chirurg. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 25. Juli 1899, zeigt G. das Präparat einer krebsigen Kehlkopfhälfte vor, welche er exstirpirt hatte. Vgl. vorstehendes Referat.

BAYER.

110) **T. Rosati. Epitheliom des Larynx. (Epitelioma della laringe.)** *Archiv. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1898.*

An dem hier berichteten Fall — einem die ganze linke Kehlkopfhälfte bis zum unteren Rand des Ringknorpels einnehmenden Carcinom — ist bemerkenswerth, dass keine Schwellung der regionären Lymphdrüsen zu constatiren war, dass eine Perichondritis suppurativa des Schildknorpels vorhanden war mit Bildung eines Fistelgangs, der in das Larynxinnere führte. Es wurde die totale Laryngectomie gemacht; Exitus nach 14 Tagen infolge von Pleuro-Pneumonie.

FINDER.

111) **Pluder** (Hamburg). **Carcinom des Stimmbands.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 42.*

74jährig. Pat., Anfang 1897 Laryngofissur, Excision der krebsig erkrankten rechten Stimmbandes (Dr. Wiesinger). Bis zum Tage der Demonstration (April 1899) kein Recidiv, also wohl Heilung.

ZARNIKO.

112) **Edmund Meyer** (Berlin). **Zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Berl. klin. Woch. No. 52. 1899. Münch. med. Woch. No. 44. 1899.*

58jähriger, hereditär nicht belasteter Mann, früher guter Sänger, seit einem

halben Jahre heiser, zeigt im Laryngoskop einen grossen, höckerigen Tumor am linken in der Beweglichkeit stark beeinträchtigten Stimmbande. Die Diagnose Carcinom wird durch die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes bestätigt. In der Zeit vom 26. April bis 24. Juli 99 wird durch endolaryngeale Operationen die Neubildung ausgerottet. Am 9. Dec. 99 war kein Recidiv nachzuweisen.

Verf. betont ausdrücklich, dass die Beobachtungszeit viel zu kurz sei, um von einer Heilung zu sprechen, hält eine solche aber nicht für ausgeschlossen.

ZARNIKO.

113) **J. Cisneros** (Madrid). **Ein Fall von Pharyngotomia transhyoidea. (Un caso de faringotomia transhioidea.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laryngol., Otol. No. 99—100. 1899.*

In dem vom Verf. erwähnten Falle handelte es sich um ein Epitheliom der unteren Fläche des Kehldeckels, das die Athmung des Patienten bedeutend erschwerte und die Tracheotomie erheischte. Da schliesslich auch das Schlucken fast unmöglich wurde, führte C. die Pharyngotomia transhyoidea (? Red.) aus und konnte auf diesem Wege durch die weite Wundöffnung den Tumor ohne Schwierigkeit exstirpiren. Die Deglutition wurde bald normal, und auch die Canüle konnte nach einigen Tagen entfernt werden.

R. BOTEY.

114) **E. Urnunela** (Madrid). **Kehlkopffissur und Exstirpation des rechten Aryknorpels. (Laryngofisura y exstirpacion del aritenoides derecho.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 612. 1899.*

Genannte Operation war indicirt wegen eines Epithelioms, welches das rechte Stimmband und den Aryknorpel derselben Seite einnahm und das Gelenk durch Infiltration unbeweglich machte. Die Wunde neigte einer vollkommenen Heilung zu, leider unterlag der Pat. 1 Monat nach der Operation einer infectiösen Broncho-Pneumonie.

R. BOTEY.

115) **R. Forns** (Madrid). **Ein Fall von Exstirpation des Kehlkopfes wegen Epitheliom. Heilung mit Erhaltung der Stimme. (Un caso de exstirpacion de la laringe per epitelioma. Curacion conservando la voz.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 25. Mai 1899.*

Der von F. ca. 3 Monate nach der Operation veröffentlichte Fall betraf ein Epitheliom, welches die Kehlkopffläche der Epiglottis und beide Ventrikelbänder betraf. Lymphdrüseninfarct war nicht vorhanden. Patient verliess die Klinik mit geschlossener Halswunde und einer Trachealcanüle. Athmung, Schluckvermögen und Sprache gelangen ohne Schwierigkeit.

R. BOTEY.

116) **Brewer. Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Epitheliom. (Total laryngectomy for epithelioma.)** *N. Y. Medical Record. 14. October 1899.*

Der Pat. stand am 15. Tage nach der Operation auf und ist seither wohl geblieben.

LEFFERTS.

117) **Jacob Frank. Ein Fall von Laryngectomie mit Vorstellung des Patienten. (Case of laryngectomie with exhibition of patient.)** *Chicago Medical Record. December 1899.*

Das Interessante an diesem Falle ist die lange Zeit, die seit dem Erscheinen der ersten Symptome bis heute verstrichen ist. Man muss sich fragen, ob es möglich ist, dass die Erkrankung von Anfang an bösartig war und so viele Jahre hindurch ruhig blieb? Oder ob sie anfangs tuberculöser Art war und sich erst durch den langwährenden Reiz in Carcinom umgebildet hat. Verf. lässt diese Frage offen.

EMIL MAYER.

118) **Sendziak. Einige Bemerkungen betreffs der operativen Behandlung des Larynxkrebses.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1899.*

Auf Grund einer Statistik von 640 Fällen kommt S. zu folgenden Schlüssen:

Operative Behandlung ist die einzige berechtigte im gegenwärtigen Stand unserer Wissenschaft bei Larynxkrebs; sie giebt in den frühesten Stadien die besten Resultate und gehört zu den erfolgreichsten Methoden die Laryngofissur, sowie die halbseitige Exstirpation; letztere giebt in Bezug auf Recidive grössere Gewähr. Die Fälle für die Totalexstirpation müssen jetzt mit mehr Kritik auswählt werden als früher der Fall war.

SCHECH.

119) **Sir Felix Semon. Einige Bemerkungen zu der neuen Sendziak'schen Statistik über die operative Behandlung des Larynxkrebses.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Semon behauptet, dass auch der neuen Sendziak'schen Statistik Mängel anhafteten wegen der allgemeinen Grundlage, auf der sie aufgebaut sei. Daher erscheinen auch die Resultate der Thyreotomie viel weniger glänzend, als sie in der Wirklichkeit sind; auch bleibt die Thyreotomie in Bezug auf die Möglichkeit der Recidive hinter der partiellen Resection nicht zurück.

Er begründet seine Opposition durch Mittheilung seiner persönlichen Erfahrungen. Gegenüber den 22 pCt. „vollständiger“ und „relativer“ Heilung, welche Sendziak ausrechnet, hat er von 83,3 pCt. dauernder Heilungen nach der Thyreotomie aus seiner Privatpraxis zu berichten.

Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

120) **J. Lemoine. Studie über Tumoren der Trachea. (Etude sur les tumeurs de la trachée.)** *Thèse de Paris. 1899.*

In seiner sehr lehrreichen Arbeit studirt Verf. die Tumoren der Trachea. Er theilt sie ein in benigne (Polypen und Vegetationen, die sich nach der Tracheotomie entwickeln) und maligne, zu denen er die Sarcome und Carcinome primärer und secundärer Natur zählt. L.'s Betrachtungen erstrecken sich auf 66 von ihm selbst zusammengestellte Fälle und die 33 Fälle von Solis-Cohen. Von diesen 99 Fällen wurde nur in 34 die Diagnose durch die laryngoskopische Untersuchung gestellt, in den übrigen konnte sie erst bei der Autopsie gemacht werden. Verf. beschäftigt sich eingehend mit dem klinischen Verlauf der Tumoren und mit den Symptomen, welche zur Beobachtung kommen; er erörtert die bisweilen recht

schwer zu stellende Diagnose und schliesst mit der Besprechung der Prognose und Therapie. Unter 26 Fällen von gutartigen Neubildungen erzielte man durch operativen Eingriff bei 10 von 14 Patienten Heilung; von den 12 nicht operirten verliefen 10 letal.

A. CARTAZ.

121) **G. Prota** (Neapel). **Primäres Sarcom dèr Trachea. (Sarcoma primario della trachea.)** *Archiv. Ital. di Laryngol. Neapel. April 1899.*

Verf. berichtet über zwei Fälle dieser Krankheit. Der erste betrifft eine Frau von 40 Jahren, bei der die Trachea durch einen Tumor von Haselnussgrösse nahezu vollständig verschlossen war. Die Operation wurde angerathen; aber die Pat. verliess das Krankenhaus unoperirt und P. konnte nichts weiter über ihr Schicksal in Erfahrung bringen.

Fall 2 betrifft ebenfalls eine Frau von 50 Jahren. Dieselbe zeigte eine Geschwulst wie eine Mandel unterhalb des linken Stimmbandes, über die Regio interarytaenoidea bis unter das hintere Ende des rechten Stimmbandes sich ausdehnend. Auch diese Pat. verliess unoperirt das Krankenhaus.

Die Diagnose beider Fälle gründet sich also nur auf das laryngoskopische Aussehen der Tumoren und die Anamnese.

JAMES DONELAN.

122) **E. Boschi. Bemerkungen über einen primären epithelialen Tumor der Trachea. (Osservazioni intorno ad un caso di tumore epiteliale primitivo della trachea.)** *Società Medico-Chirurgica di Bologna. 22. December 1899.*

Ein 60jähriger Mann leidet seit circa 10 Jahren an Blutspeien, das sich in den letzten 2 Jahren zu starkem Bluthuston steigert. Es treten Zeichen von Trachealstenose auf und schliesslich erfolgt unter den Zeichen einer Bronchopneumonie der Tod. Die Section ergiebt im unteren Theil der Trachea einen Tumor, der dicht über der Bifurcation beginnend nach oben bis 5 cm über derselben reicht und das Lumen derartig verengt, dass an der engsten Stelle nur noch ein 7 mm im Durchmesser betragender freier Raum bleibt. Der Tumor ist nach aussen aus der Trachea herausgewachsen, hüllt sie völlig ein und ist vorn mit der hinteren Wand der Aorta ascendens und dem Aortenbogen verwachsen.

Die histologische Untersuchung ergiebt einen Cylinderepithelkrebs, der wahrscheinlich seinen Ursprung vom Epithel der Trachea und dem Epithel der Ausführungsgänge der Schleimdrüsen genommen hatte.

FINDER.

f. Schilddrüse.

123) **Blum** (Frankfurt a. M.). **Zur Chemie und Physiologie der Jodsubstanz der Schilddrüse.** *Pflüger's Archiv. LXXVII. 1899.*

Auf Grund seiner jetzigen und früheren Versuche kommt B. zu folgenden Schlüssen:

Die Jodsubstanz der Schilddrüse ist nicht, wie Baumann annahm, eine aus einem Jodantheil und einem Eiweisskörper gepaarte Verbindung; alles spricht

vielmehr dafür, dass es sich um eine Jodeiweisssubstanz handelt. Diese aber ist ein mehr oder weniger unvollkommen mit Jod gesättigtes Toxalbumin.

Nichts spricht gegen die antitoxischen Eigenschaften des natürlichen Jodirungsprocesses der Schilddrüse.

Im Centralnervensystem finden sich bei den nach der Herausnahme der Schilddrüse verendeten Thieren regelmässig schwere Veränderungen an den Ganglienzellen.

Die Thyreoidea ist ein Schutzorgan für das Centralnervensystem, indem sie bestimmte, die Ganglienzellen schädigende Stoffe aus dem sie durchspülenden Blute aufgreift; dies geschieht wahrscheinlich dadurch, dass eiweissartige Stoffe derselben das freie Gift an sich fesseln. Das aus dieser Verbindung hervorgehende Thyreotoxalbumin wird innerhalb der Drüse durch Oxydationsprocesse, deren wichtigste die Jodirung sein dürfte, entgiftet. Es entsteht dabei als intermediäres Product der theilweise mit Jod gesättigte toxische Eiweisskörper.

Die Schilddrüse ist ein Fesselungs- und Entgiftungsorgan gegenüber schweren, im Organismus entstehenden Nervengiften.

A. ROSENBERG.

124) **C. M. Allan. Galle als Correctiv bei Hyperactivität der Schilddrüse. (Bile as a corrective of thyreoid over activity.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1899.*

Die Patientin erhielt Taubengalle in Form von Burroughs-Wellcome'schen Tabloids und grosse Dosen per os und subcutan. Der Effect war entschieden günstig und das Allgemeinbefinden hob sich sehr. Der Fall ist aber kein ganz klarer, da die Pat. keinen deutlichen Kropf hatte und die Dejectionen gallearm waren.

LEFFERTS.

125) **Walter W. Kennedy. Die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsenextract. (The treatment of goitre with thyreoid extract.)** *New England Med. Monthly. August 1899.*

In Verbindung mit der Application von rother Quecksilberjodidsalbe gab K. Thyroidextract in 5 Fällen mit gutem Erfolge.

EMIL MAYER.

126) **Richelot** (Paris). **Resection eines Kropfes, der zu Basedow'schen Symptomen geführt hatte. (Résection d'un goitre basedowifié.)** *Acad. de Med. 20. Juni 1899.*

Die Patientin hatte einen kleinen einseitigen Kropf im rechten Schilddrüsenlappen und es stellten sich Exophthalmus des rechten Auges, Unruhe und Tachycardie ein.

Der kranke Schilddrüsenlappen wurde enucleirt und resecirt, worauf die Basedow-Symptome dauernd verschwanden.

PAUL RAUGÉ.

127) **Gilbert** und **Castaigne. Toxisch-infectiöser Ursprung der Basedow'schen Krankheit. (Origine toxi-infectieuse du goitre exophthalmique.)** *Société de Biologie. 3. Juni 1899.*

Die Verff. beobachteten 3 Fälle von Basedow'scher Krankheit, in denen der

infectiöse Ursprung klar zu liegen schien. Der erste schloss sich an einen Typhus an, im zweiten bestanden zahlreiche geschwollene Lymphdrüsen um die Kropfgeschwulst und im dritten Falle handelte es sich um eine tuberculöse Sklerose.

PAUL RAUGÉ.

128) **Castaigne** und **Gilbert. Basedow'sche Krankheit und Tuberculose der Schilddrüse. (Goitre exophthalmique et tuberculose de la glande thyroide.)** *Société de Biologie. 3. Juni 1899.*

Bei der Section der Patientin, die an Basedow'scher Krankheit gelitten hatte, fand sich Tuberculose der Milz, Leber, des Pankreas und der Schilddrüse.

PAUL RAUGÉ.

129) **H. J. Vetlesen** (Christiania). **Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXXVII. 1899.*

Die perverse Secretion der Schilddrüse beim Morb. Basedow. und die dadurch hervorgerufenene Autointoxication wird durch eine perverse Innervation hervorgerufen; diese ist das primum movens.

In der Therapie spielt eine grosse Rolle: Ruhe und vernünftige Lebensweise.

Von Medicamenten wirkt Jod äusserlich manchmal gut gegen die Struma. In wenig vorgerückten Stadien der Krankheit sah V. einige Male gute Resultate von Acid. sulf. dilut. (3mal täglich 10 Tropfen); ebenso kann Natr. phosphor. befriedigende Erfolge erzielen. Thyreoidsubstanz und Jodothyrin sind nutzlos.

Die Resection der Schilddrüse bringt manchmal wirkliche Heilung, andere Male bedeutende Besserung mit Neigung zum Rückfall, in anderen Fällen nur kurzdauernde Linderung; ähnliche Resultate liefert die Sympathicussection resp. -resection.

A. ROSENBERG.

130) **Pitres. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Injectionen von Jodoformlösung. (The treatment of exophthalmic goitre with injections of jodoform solutions.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1899. V. Congrès franc. de méd. Lille. August 1899.*

Die Injectionen von Jodtinctur hat P. aufgegeben, weil sie manchmal von Abscessen gefolgt waren. An ihrer Stelle gebraucht er jetzt eine Lösung von Jodoform in Aether und injicirt davon 1 ccm in das Kropfgewebe in Intervallen von etwa 8 Tagen. Der Schmerz ist heftig, hält aber nur ca. 12 Minuten an. Die nervösen Symptome gehen danach zurück, der Schlaf kehrt wieder, die Drüse wird allmälig härter und kleiner und der Exophthalmus verschwindet. Die cardiale Reizbarkeit hält noch einige Zeit an, aber die arterielle Pulsation nimmt doch ab und das Gefühl der Palpitation verschwindet. Von 12 Fällen, die Verf. so behandelte, sind 6 seit mehr als 2 Jahren in gutem Zustande, und von den 120 Injectionen, die er gemacht hat, hatte keine einzige üble Folgen.

LEFFERTS.

131) **Sklarek. Schilddrüsenanwendung bei angeborenem Myxoedem. (Thyroid medication in congenital myxoedema.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Sept. 1899.*

Ein Mädchen, das mit 17 Jahren erst 27 Zoll gross und geistig auf dem

Standpunkt eines 1jährigen Kindes geblieben war. Nach 16 Monaten langer Schilddrüsentherapie war die Patientin um 8 Zoll gewachsen und hatte sich geistig zur Intelligenz eines 3—4jährigen Kindes entwickelt. LEFFERTS.

132) **E. Hertoghe** (Antwerpen). **Ueber die gutartige chronische Hypothyroidie oder das „abortive Myxoedem". (De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxoedème fruste.)** *Bulletin de l'Académie Royale de Med. de Belg. No. 3. 1899.*

Studie über das abortive Myxödem. Nach einer historischen Einleitung geht Verf. zu seinen Untersuchungsmethoden über, bezüglich deren er drei Wege verfolgt:

a) Die hereditären Antecedentien,

b) die Analyse und Synthese des wahren Myxödems, welche nur mit den leisesten Spuren der Hypothyroidie vertraut machen,

c) die Anwendung des Thyroidins als Prüfstein; das Thyroidin hat keinen Einfluss auf die Störungen der Hypothyroïdie.

Sodann geht er über auf die detaillirte Darstellung der Aetiologie und Symptomatologie der Affection, ihres Verlaufs und zum Schluss ihrer Behandlung. Er lässt dann noch eine Reihe Beobachtungen bei Erwachsenen und Kindern folgen. BAYER.

133) **Schloffer. Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. Februar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Als interessante Begleiterscheinung weist Sch. auf die sehr deutliche Epicanthusbildung hin. — Es wurden Schilddrüsentabletten mit Erfolg angewendet.

CHIARI.

g. Oesophagus.

134) **Bilhaut. Die Fremdkörper des Verdauungstractus, speciell der Speiseröhre und die Bedeutung der Radioscopie. (Corps etrangers du tube digestif et en particulier de l'oesophage; importance de la radioscopie.)** *Bulletin Soc. méd. des praticiens. p. 205. 1899.*

7jähriges Kind schluckt einen Sou, den es zwischen den Zähnen hält. Nach 3 Tagen klagt es über Schwierigkeiten beim Schlucken. Man macht eine Röntgenaufnahme und constatirt, dass die Münze im Magen ist; trotzdem klagt das Kind über schmerzhafte Erscheinungen im Oesophagus. Nach Darreichung eines Abführmittels wird der Fremdkörper per rectum entleert.

In einem zweiten Falle ergiebt das Skiagramm, dass eine Münze in der Speiseröhre steckt. Das Kind wird aufrecht hinter den Fluorescenzschirm gestellt und der Münzenfänger eingeführt. Derselbe erreicht die Münze, die dabei in den Magen gleitet und später im Stuhle entleert wird.

Auch Fall 3 betrifft ein Kind, das einen Sou verschluckt hat. In diesem

Falle gelingt die Extraction aus dem Oesophagus unter Controle auf dem Röntgenschirm.

A. CARTAZ.

135) **G. G. Eitel. Oesophagotomie zur Extraction eines seit 6 Jahren und 4 Monaten eingeklemmten Gebisses. (Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of six years and four months standing.)** *N. Y. Med. News. 16. September 1899.*

Die Ueberschrift nennt die wesentlichsten Facten. Nach der Operation bestand anfangs eine leichte Behinderung der Athmung. Das Schlucken ist seit Schluss der Fistel vollständig frei und die Pat. erfreut sich jetzt der besten Gesundheit.

LEFFERTS.

136) **Louis Gross. Spasmodische Strictur des Oesophagus mit Bericht über einen Fall von ungewöhnlicher Dauer. (Spasmodic stricture of the oesophagus with a report of a case of unusual duration.)** *Philad. Monthly Med. Journ. September 1899.*

Ausser der Dysphagie war eine vollständige Unbeweglichkeit der rechten Kehlkopfhälfte zu constatiren und diese letztere zeigte auch keine Aenderung, als das Schlucken wieder normal geworden war. (Von Interesse wäre es, den weiteren Verlauf des Falles zu erfahren. Ref.)

EMIL MAYER.

137) **Debove** (Paris). **Verengerung des Oesophagus. (Du rétrécissement de l'oesophage.)** *Médecine Moderne. 19. Juli 1899.*

Discussion über einen Fall von Verengerung des Oesophagus, die seit zehn Jahren besteht. Verf. glaubt, dass es sich um ein Ulcus handelt, welches sich in der Regio cardiaca entwickelte.

Die Verengerung schwand nach einigen Dilatationen.

PAUL RAUGÉ.

138) **Koepplin** (Lyon). **Narbenstrictur des Oesophagus. Lungengangrän. Tod. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Gangrène pulmonaire. Mort.)** *Soc. des Scienc. Méd. de Lyon. Juli 1899.*

34jähriger Patient mit einer Strictur der Speiseröhre nach Verschlucken von Kalilauge. Die progressive zeitweilige Dilatation der Strictur führte wesentliche Besserung herbei, aber plötzlich bekam der Patient Lungenerscheinungen und starb. Die Section ergab von der Oesophagusstenose ausgehende pleuro-pulmonäre Veränderungen gangränöser Natur, die offenbar durch die Katheterisirung des Oesophagus verschuldet waren. Der Fall lehrt wieder, wie vorsichtig man bei Narbenstricturen mit der Sondirung sein soll; die Gastrotomie verdient den Vorzug.

PAUL RAUGÉ.

139) **Zuppinger** (Wien). **Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstrictur vortäuschen kann.** Aus dem Kronprinz Rudolf Kinderspitale. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1899.*

Ein dreijähriges Kind wurde wegen einer Laugenessenz-Strictur des Oesophagus bougirt. Im Anschlusse an eine Bougirung nach einigen Stunden relativen Wohlbefindens starke Schmerzen im Kopf und Bauch, Erbrechen, Krämpfe. —

Exitus unter Convulsionen. — Obductionsbefund: Meningitis purulenta basilaris cum hydrocephalo interno acuto als Todesursache. Im Oesophagus und speciell der Strictur keine Verletzung. — Aetiologie dunkel.

CHIARI.

140) **Chas. D. Aaron. Strictur des Oesophagus und Electrolyse mittelst einer neuen Electrode. (Stricture of the esophagus and electrolysis by a new esophageal electrode.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Beschreibung des Instrumentes; der negative Pol wird in die Strictur eingeführt, der positive auf die Cartilago xiphoidea aufgesetzt. Verf. berichtet über 3 geheilte Fälle.

EMIL MAYER.

141) **P. Lereboullet. Krebsige Verengerung der Speiseröhre. (Retrécissement cancéreux de l'oesophage.)** *Société anatomique. 2. Juni 1898.*

Von Interesse ist die Schwierigkeit, welche die histologische Diagnose in diesem Falle hatte. Der primäre Tumor der Speiseröhre und die secundären Knoten in der Leber boten mehr das Aussehen eines rundzelligen Sarcoms. Erst in einer peripancreatischen Drüse fand man in einigen Schnitten die characteristischen Merkmale eines Pflasterzellen-Epithelioms.

PAUL RAUGÉ.

142) **Thévenot** (Lyon). **Tumor des Oesophagus der auf die Trachea und die Thyreoidea übergegriffen hatte. (Tumeur de l'oesophage ayant envahi la trachée et le corps thyroide.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. Juli 1899.*

Die Symptome bestanden in Dysphagie und Heiserkeit, zu denen sich später Fieber und eine rapide Vergrösserung der Schilddrüse mit Erstickungserscheinungen gesellten. Es wurde die Tracheotomie ausgeführt, doch erlag Pat. einer Bronchopneumonie. Die Section ergab einen vegetirenden Tumor an der hinteren Wand der Trachea und der vorderen des Oesophagus. An diesem fand sich eine ovale Perforation oberhalb des intact gebliebenen Larynx. Das Neoplasma hatte sich auf den rechten Lappen der Thyreoidea ausgebreitet.

Die Phonationsstörungen waren die Folge einer durch Mitergriffensein der Halsdrüsen bedingten Compression der Recurrentes.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Verhandlungen der rhino-laryngologischen Section der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München.

18.—23. September 1899.

I. Sitzungstag, 18. September 1899.

Professor Dr. Schech (München) eröffnet als Einführender mit einer Begrüssungsrede die Sectionssitzungen und widmet sodann dem vor einigen Tagen

verstorbenen Altmeister der Laryngologie Professor Dr. Stoerk einen warmen Nachruf.

Auf Antrag des Geheimrath M. Schmidt (Frankfurt) wird an die Wittwe Stoerk's ein Beileidstelegramm abgesandt.

II. Sitzungstag, 19. September 1899, Vormittagssitzung.

Vorsitzender Prof. Schech.

Die Section folgt zunächst einer Einladung der otologischen Section, um dort einer Demonstration Dr. Brühl's (Berlin) beizuwohnen von Präparaten der Nebenhöhlen der Nase, die durch Ausgiessen der Höhlen mit Metall mit nachfolgendem Entkalken und Auffüllen der Knochen hergestellt sind.

L. Bayer (Brüssel) spricht über einen Fall von nahezu vollständigem Trachealverschluss durch eine aus einer alten Trachealnarbe hervorgewucherte Neubildung mit Heilung auf natürlichem Wege.

Der Patient, als Kind wegen Croup tracheotomirt, später luetisch afficirt und antisyphilitisch behandelt, kommt wegen Stimmlosigkeit und Athembeschwerden mit Erstickungsanfällen in Behandlung.

Aeusserlich am Hals eine lange und breite auf Druck sehr schmerzhafte Narbe; innerlich unter der Glottis eine grosse diaphragmatische Verengerung aus Granulationsmassen. Radicaloperation wird verweigert, deshalb Ung. cin. mit Massage der Narbe und des Tumors von aussen und innen, wodurch der Tumor sich rasch zurückbildet und schliesslich ganz schwindet.

L. Bayer (Brüssel): Ueber einen Fremdkörper im Oesophagus mit Radiographie.

B. zeigt die Radiogramme von einem 3jährigen Knaben, welcher seit sechs Tagen eine Kupfermünze im Oesophagus in der Höhe des 1. bis 2. Dorsalwirbels stecken hatte. Extraction in Chloroformnarkose.

In der Discussion warnen O. Chiari (Wien) und Killian (Freiburg) sehr vor der Anwendung der gewöhnlichen Münzenfänger bei spitzen Gegenständen und bei Kindern. Killian empfiehlt auf das Wärmste die Oesophagoskopie nach vorheriger orientirender Sondirung und guter Cocainisirung, die sich auch bei Kindern in Chloroformnarkose ausführen lässt.

von Cube (Mentone) empfiehlt, wenn nicht directe Erstickungsgefahr vorliegt, die Extraction vorher durch kalte Umschläge und Oeleingiessungen vorzubereiten und sie so zu erleichtern.

Seifert (Würzburg): Ueber die Behandlung der diphtherischen Stimmbandlähmung.

Neben der Anwendung von roborirenden Mittel und Electricität legt Seifert besonders hohen Werth auf methodische Athem- und Stimmübungen ganz ähnlich wie bei der Behandlung einer hysterischen Stimmbandlähmung.

Er berichtet über einen Fall, der lange Zeit hindurch allen anderen thera-

peutischen Maassnahmen trotzte, schliesslich durch methodische Stimmübungen in 8 Tagen völlig geheilt wurde.

Discussion: Killian (Freiburg) spricht zunächst über die hysterischen Störungen im Larynx. Er hält auch heute noch trotz der Anfechtungen von verschiedenen Seiten an seinen in den Treupel'schen Arbeiten niedergelegten Ansichten fest. Die hysterischen Störungen im Larynx sind rein psychischer Natur und beruhen auf abnormen durch Autosuggestion entstandenen Vorstellungen. Was die rein psychische, suggestive Behandlung dieser Leiden angeht, so empfiehlt Killian stets zu versuchen die Patienten in der ersten Sitzung zu heilen, was in $^9/_{10}$ der Fälle mit Geduld und Zeitaufwand auch gelingt. Wichtige Dienste bei den Phonationsübungen leisten oft das Hustenlassen der Patienten oder die Anleitung laute schlürfende inspiratorische Töne hervorzubringen, Bepinselung des Larynx mit einer 20 proc. Cocainlösung entzieht dem Vorstellungsvermögen der Hysterischen oft die localen, laryngealen Empfindungen, durch die sie bisweilen in dem richtigen Gebrauch ihrer Stimmbänder gestört werden.

Heryng (Warschau) empfiehlt bei ganz hartnäckigen Fällen von hysterischen Lähmungen zur Hypnose zu greifen, von der er einige Male gute Erfolge gesehen.

Hedderich (Augsburg) schliesst sich dem an.

Burger (Amsterdam) interpellirt zum Schlusse Seifert, wie er sich den Heilungsverlauf bei einer diphtherischen Lähmung durch methodische Athem- und Sprechübungen vorstelle, wo von einer suggestiven Wirkung nicht die Rede sein könne, da es sich dabei doch um eine Lähmung auf rein neuritischer Basis handle.

Seifert glaubt, dass die Heilung dabei rein auf mechanischem Wege zu Stande komme, indem die methodischen Stimmübungen wohl die beste Massage- und Trainirübung für die Kehlkopfmuskeln und Nerven abgeben.

An eine suggestive Wirkung könne in seinem Fall auch nicht gedacht werden, da es sich um eine rein diphtheritische Lähmung handelte und Hysterie auszuschliessen war.

In einer gemeinschaftlichen Sitzung mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde sprach Max Scheier (Berlin) über die Section des Nasenrachenraumes und Hoffmann (Dresden) „Zur Pathologie der Kieferhöhle, mit Demonstration.

Nachmittagsitzung.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.

Schech (München) spricht über elektrische Anschlussapparate die anderweitig schon beschrieben sind und demonstrirt ein Anschlusstableaux von Reiniger, Gebbert und Schall, sowie die Hilfsapparate, Motor und Durchleuchtungslampe.

Dr. Vohsen (Frankfurt) bespricht die Resultate der Durchleuchtung der Stirnhöhle und kommt zu dem Schlusse, dass dieselben mit seinem guten Apparat ausgeführt, sehr brauchbar seien. Die gleichzeitige Durchleuchtung beider Stirn-

höhlen mit der Doppellampe sei nicht zu empfehlen, und sei es schwer bei Anwendung einer Lampe sich die Grenzen des erleuchteten Bezirkes genau zu merken, zumal der Vergleich fehle wie bei der Durchleuchtung der Kieferhöhle.

III. Sitzungstag, 20. September 1899, Vormittags.

Killian (Freiburg) demonstrirte seine in der combinirten Sitzung der chirurgischen und internen Abtheilung schon beschriebene Bronchoskopie; an die laryngologische Section war dazu Einladung ergangen.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzender: Prof. Chiari (Wien).

Es wurden kleinere therapeutische Mittheilungen und Demonstrationen gebracht.

Hecht (München) demonstrirte seinen gedeckten Aetzmittelträger für Trichloressigsäure, den er bereits im Archiv für Laryngologie, Band 7, Heft 2 und 3, beschrieben.

Heryng (Warschau): „Ueber das Kehlkopfgurgeln“, das er zuerst an einem Collegen in Cannes mit dem Kehlkopfspiegel beobachten konnte. Nach einigen Uebungen brachte es Heryng dahin, das Kehlkopfgurgeln an sich selber vorzunehmen. Haupterforderniss ist, dass man nur eine kleine Flüssigkeitsmenge in den Mund nimmt, die man dann bei etwas zur Seite geneigten Kopf über den Kehldeckel in den Larynx fliessen lässt. Es gelingt nur mit einer sehr kleinen Flüssigkeitsmenge.

M. Schmidt bemerkt dazu, dass Ginvier seiner Erinnerung nach der erste war, der die Flüssigkeit beim Gurgeln zuerst im Kehlkopf sah. Die von Schmidt angestellten Versuche misslangen, weil er zu viel Flüssigkeit nahm.

Das von Mosler beschriebene Nasengurgeln gelinge leicht, wenn man vor der Flüssigkeitseinnahme tief Athem hole und dann während des Gurgelns rasch und kräftig exspirire, wodurch die Flüssigkeit aus dem Rachen in die Nasenhöhle geschleudert werde. Beide Methoden zu Gurgeln seien für den trockenen Katarrh sehr zu empfehlen.

Kümmel (Breslau). Vom Gurgelwasser könne man nicht verlangen, dass es die Bakterien der Mundhöhle abtöte, es solle nur die Nährböden der Bakterien schlecht machen. In Wasser unlösliche Mittel sind es auch nicht auf der Schleimhaut. Er empfehle daher zum Gurgeln auf das Wärmste das Jodoform.

Jurasz (Heidelberg) macht einige therapeutische Mittheilungen. Bei Tonsillitis lacunaris acuta empfiehlt er die Schlitzung und das Auswischen der Tonsille mit 1—2 proc. Chlorzinklösung als ein coupirendes Mittel sehr.

M. Schmidt (Frankfurt) bemerkt dazu, dass 2proc. Nirvanininjectionen das Schlitzen schmerzlos machen könne und die spätere Heilung sehr beschleunige.

Jurasz empfiehlt ferner bei Verwachsungen des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand habe ihm die Elektrolyse ein höchst günstiges Resultat herbeigeführt, während Dilatationen nach Hajek ihn im Stiche liessen.

M. Schmidt behandelte einen Fall nach Hajek, der seit 5 Jahren geheilt ist, dabei habe die Hajek'sche Methode den Vortheil, dass der Patient nach einigen Tagen die Tamponade selber lernen und entlassen werden könne, während die Electrolyse grosse Ausdauer an den Arzt und Patienten stelle.

Schaefer (Neustadt) berichtet über einen Fall, der durch Electrolyse seit dreiviertel Jahren geheilt ist.

IV. Sitzungstag, 22. September 1899, Vormittagssitzung.

Vorsitzender: Prof. Killian.

Onodi (Budapest) hatte seinen Vortrag über „Chorea laryngis" im Manuscript eingeschickt, da er selber am Erscheinen verhindert war. (Der Vortrag wird von dem dazu beauftragten Prof. Schech vorgelesen.)

Onodi will in die Frage der Chorea laryngis, die durch die widersprechenden Auffassungen und Bezeichnungen der verschiedenartigsten Fälle eine so verwickelte ist, durch seine ausführliche Abhandlung Klarheit bringen.

Nach einer historischen Einleitung giebt Onodi zunächst den heutigen Stand von der Lehre der Chorea im Allgemeinen, bevor er sich den Fällen zuwendet, welche mit dem Namen Chorea laryngis in Verbindung stehen. Schon hierbei zeigt er, wie schwer die echte Chorea oft von der Chorea hysterica zu unterscheiden ist, und wie man immer vor der Diagnosestellung der echten Chorea auf hysterische Stigmata fahnden müsse. Ja nach Gowers liege oft das einzige wichtige Unterscheidungsmerkmal in der Aetiologie, in denen alle die Fälle, bei denen als ursächliches Moment die Nachahmung sich constatiren lasse, für Hysterie sprächen.

Was die Chorea laryngis anlangt, so stehe es damit nicht besser.

Zunächst sammelt Onodi mit grösstem Fleisse die Ansichten und Definitionen über Chorea laryngis der verschiedensten Forscher und trägt die Fälle der Literatur zusammen, die mit der Diagnose Chorea laryngis belegt wurden, und zeigt dabei, welche Verworrenheit auch hier besteht.

Meist sind es Fälle von unwillkürlichen Muskelcontractionen im Larynx, verbunden mit eigenthümlich tönenden Lauten, oft nur lautem bellenden Husten; manche mit Chorea laryngis bezeichnete Fälle traten durch Nachahmung endemisch auf.

Nach dem Allen haben schon Forscher wie Schech, Semon, Rosenfeld, Baginsky, Schmidt vorgeschlagen, die Bezeichnung Chorea laryngis ganz fallen zu lassen. Onodi schliesst sich nun in seinen Schlussfolgernngen dem an, indem er sagt: Der Begriff einer laryngealen Chorea besteht nur insoweit, als die mit dem Kehlkopfspiegel constatirbar choreatische Bewegung der Stimmbänder gleichzeitig mit einer allgemeinen echten Chorea minor auftreten. In diesen wenigen Fällen genügt die Bezeichnung der allgemeinen Chorea minor mit Aufzählung der betreffenden Muskelgruppen, so auch der Stimmbandmusculatur. Die Bezeichnung Chorea laryngis ist in diesen Fällen ganz und gar überflüssig.

Um jede Verwechslung auszuschalten, würde ich für Fälle, wo die choreatische Unruhe der Stimmbänder zu constatiren ist, wo aber eine allgemeine Chorea

minor nicht nachweisbar, die Bezeichnung „choreiforme Bewegung der Stimmbänder“ vorschlagen. Jene Fälle, bei welchen zu einem nervösen Husten nachträglich Chorea minor hinzutritt, sind als „Chorea minor plus nervöser Husten“ zu bezeichnen.

In der Discussion pflichtet Schech (München) Onodi völlig bei in der Ansicht, dass der nervöse Husten, der doch eine Sensibilitäts- und Motilitätsneurose sei, streng von den choreatischen Zuckungen der Stimmbänder getrennt werden müsse.

Auf Vorschlag Killians's wird angenommen: Es sollen mit der Diagnose Chorea laryngis künftig nur solche Fälle belegt werden, bei denen eine echte Chorea minor nebenher läuft oder im Anschluss daran ausbricht.

Killian (Freiburg) giebt auf vielseitigen Wunsch die Einleitung zu einer allgemeinen Discussion „über operative Therapie der Septumdeviationen“, indem er seine von ihm dabei angewandte Methode schildert, die in einer submucösen Resection der verbogenen Theile unter Cocainanästhesie besteht.

Schnitt durch die Schleimhaut der convexen Seite bis auf den Knorpel nahe dem Naseneingang; Ablösen der Schleimhaut in möglichst grosser Ausdehnung, Abtragung des Knorpels mit dem Messer bis zur Schleimhaut der anderen Seite. Von diesem Loch aus wird nun mit dem neuen Hartmann'schen Conchotom der ganze deviirte Theil des Septums submucös so völlig weggeknappert mit Schonung der Schleimhaut der anderen Seite, bis man nach Reposition der Schleimhaut bequem durch die Nase sehen kann. Fixirung der Schleimhaut durch Naht oder Tamponade.

Diese submucöse Hartmann-Petersen'sche Operationsmethode hat den grossen Vorzug der viel rascheren Vernarbung und Heilung. Auch sei das Arbeiten mit freier Hand, die sich allen Verhältnissen leicht anpassen kann, dem Arbeiten mit elektromotorischen Instrumenten vorzuziehen. Elektrolyse sei hier homöopathische Chirurgie.

Bönnighaus (Breslau) steht im Wesentlichen auf Killian's Standpunkt und referirt seine im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit (IX. Band, Heft 2).

Hecht (München) empfiehlt zur Operation Schleich'sche Infiltrationsanästhesie, was das Abheben der Schleimhaut erleichtert.

Elektrolyse leiste bei Deviationen im oberen Theil des Septums, die durch Contactwirkung Reflexneurosen bewirken, ohne die Athmung zu behindern, oft sehr gute Dienste.

Die jüngst von Escat publicirte Methode, Infiltration der convexen Seite mit steriler Kochsalzlösung lasse Perforationen wohl leicht vermeiden.

Kümmel (Breslau) empfiehlt zur Infiltration der convexen Seite nach Escat Schleich'sche Lösung und warnt vor der Resection vor dem 15. Jahr, da vorher oft durch orthopädisches Verfahren Heilung möglich.

Hegetschweiler (Zürich) operirt mit der Trephine, indem er von einem längs dem Boden der Nase gebohrten Canal mit der Wellensäge in einem nach innen convexen Bogen von unten her das verbogene Stück heraussägt.

M. Schmidt behandelte einen Fall nach Hajek, der seit 5 Jahren geheilt ist, dabei habe die Hajek'sche Methode den Vortheil, dass der Patient nach einigen Tagen die Tamponade selber lernen und entlassen werden könne, während die Electrolyse grosse Ausdauer an den Arzt und Patienten stelle.

Schaefer (Neustadt) berichtet über einen Fall, der durch Electrolyse seit dreiviertel Jahren geheilt ist.

IV. Sitzungstag, 22. September 1899, Vormittagssitzung.

Vorsitzender: Prof. Killian.

Onodi (Budapest) hatte seinen Vortrag über „Chorea laryngis" im Manuscript eingeschickt, da er selber am Erscheinen verhindert war. (Der Vortrag wird von dem dazu beauftragten Prof. Schech vorgelesen.)

Onodi will in die Frage der Chorea laryngis, die durch die widersprechenden Auffassungen und Bezeichnungen der verschiedenartigsten Fälle eine so verwickelte ist, durch seine ausführliche Abhandlung Klarheit bringen.

Nach einer historischen Einleitung giebt Onodi zunächst den heutigen Stand von der Lehre der Chorea im Allgemeinen, bevor er sich den Fällen zuwendet, welche mit dem Namen Chorea laryngis in Verbindung stehen. Schon hierbei zeigt er, wie schwer die echte Chorea oft von der Chorea hysterica zu unterscheiden ist, und wie man immer vor der Diagnosestellung der echten Chorea auf hysterische Stigmata fahnden müsse. Ja nach Gowers liege oft das einzige wichtige Unterscheidungsmerkmal in der Aetiologie, in denen alle die Fälle, bei denen als ursächliches Moment die Nachahmung sich constatiren lasse, für Hysterie sprächen.

Was die Chorea laryngis anlangt, so stehe es damit nicht besser.

Zunächst sammelt Onodi mit grösstem Fleisse die Ansichten und Definitionen über Chorea laryngis der verschiedensten Forscher und trägt die Fälle der Literatur zusammen, die mit der Diagnose Chorea laryngis belegt wurden, und zeigt dabei, welche Verworrenheit auch hier besteht.

Meist sind es Fälle von unwillkürlichen Muskelcontractionen im Larynx, verbunden mit eigenthümlich tönenden Lauten, oft nur lautem bellenden Husten; manche mit Chorea laryngis bezeichnete Fälle traten durch Nachahmung endemisch auf.

Nach dem Allen haben schon Forscher wie Schech, Semon, Rosenfeld, Baginsky, Schmidt vorgeschlagen, die Bezeichnung Chorea laryngis ganz fallen zu lassen. Onodi schliesst sich nun in seinen Schlussfolgernngen dem an, indem er sagt: Der Begriff einer laryngealen Chorea besteht nur insoweit, als die mit dem Kehlkopfspiegel constatirbar choreatische Bewegung der Stimmbänder gleichzeitig mit einer allgemeinen echten Chorea minor auftreten. In diesen wenigen Fällen genügt die Bezeichnung der allgemeinen Chorea minor mit Aufzählung der betreffenden Muskelgruppen, so auch der Stimmbandmusculatur. Die Bezeichnung Chorea laryngis ist in diesen Fällen ganz und gar überflüssig.

Um jede Verwechslung auszuschalten, würde ich für Fälle, wo die choreatische Unruhe der Stimmbänder zu constatiren ist, wo aber eine allgemeine Chorea

minor nicht nachweisbar, die Bezeichnung „choreiforme Bewegung der Stimmbänder“ vorschlagen. Jene Fälle, bei welchen zu einem nervösen Husten nachträglich Chorea minor hinzutritt, sind als „Chorea minor plus nervöser Husten“ zu bezeichnen.

In der Discussion pflichtet Schech (München) Onodi völlig bei in der Ansicht, dass der nervöse Husten, der doch eine Sensibilitäts- und Motilitätsneurose sei, streng von den choreatischen Zuckungen der Stimmbänder getrennt werden müsse.

Auf Vorschlag Killians's wird angenommen: Es sollen mit der Diagnose Chorea laryngis künftig nur solche Fälle belegt werden, bei denen eine echte Chorea minor nebenher läuft oder im Anschluss daran ausbricht.

Killian (Freiburg) giebt auf vielseitigen Wunsch die Einleitung zu einer allgemeinen Discussion „über operative Therapie der Septumdeviationen“, indem er seine von ihm dabei angewandte Methode schildert, die in einer submucösen Resection der verbogenen Theile unter Cocainanästhesie besteht.

Schnitt durch die Schleimhaut der convexen Seite bis auf den Knorpel nahe dem Naseneingang; Ablösen der Schleimhaut in möglichst grosser Ausdehnung, Abtragung des Knorpels mit dem Messer bis zur Schleimhaut der anderen Seite. Von diesem Loch aus wird nun mit dem neuen Hartmann'schen Conchotom der ganze deviirte Theil des Septums submucös so völlig weggeknappert mit Schonung der Schleimhaut der anderen Seite, bis man nach Reposition der Schleimhaut bequem durch die Nase sehen kann. Fixirung der Schleimhaut durch Naht oder Tamponade.

Diese submucöse Hartmann-Petersen'sche Operationsmethode hat den grossen Vorzug der viel rascheren Vernarbung und Heilung. Auch sei das Arbeiten mit freier Hand, die sich allen Verhältnissen leicht anpassen kann, dem Arbeiten mit elektromotorischen Instrumenten vorzuziehen. Elektrolyse sei hier homöopathische Chirurgie.

Bönnighaus (Breslau) steht im Wesentlichen auf Killian's Standpunkt und referirt seine im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit (IX. Band, Heft 2).

Hecht (München) empfiehlt zur Operation Schleich'sche Infiltrationsanästhesie, was das Abheben der Schleimhaut erleichtert.

Elektrolyse leiste bei Deviationen im oberen Theil des Septums, die durch Contactwirkung Reflexneurosen bewirken, ohne die Athmung zu behindern, oft sehr gute Dienste.

Die jüngst von Escat publicirte Methode, Infiltration der convexen Seite mit steriler Kochsalzlösung lasse Perforationen wohl leicht vermeiden.

Kümmel (Breslau) empfiehlt zur Infiltration der convexen Seite nach Escat Schleich'sche Lösung und warnt vor der Resection vor dem 15. Jahr, da vorher oft durch orthopädisches Verfahren Heilung möglich.

Hegetschweiler (Zürich) operirt mit der Trephine, indem er von einem längs dem Boden der Nase gebohrten Canal mit der Wellensäge in einem nach innen convexen Bogen von unten her das verbogene Stück heraussägt.

Nachmitttagssitzung.

Vorsitzender: Dr. Heryng (Warschau).

Schech (München): Ueber maligne Rachengeschwülste.

Sie sind viel häufiger als man früher glaubte und können jeden Theil des Rachens behalten.

Schech bespricht 17 Fälle (14 primäre, 3 secundäre) eigener Beobachtung, die 11 Männer und 6 Frauen betreffen, 4 Sarkome sassen im Nasenrachenraum, 3 Sarkome an den Tonsillen, 1 Carcinom an der Tonsille und 1 am Velum, 3 walzenförmige Carcinome auf der Grenze zwischen Meso- und Hypopharynx, 2 Carcinome im Hypopharynx hinter dem Kehlkopf. (Näheres in dem Originalaufsatz der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.)

Neumayer (München): Ueber das Verhalton des Musculus cricothyreoideus bei Recurrenslähmung.

N. bespricht einen Fall von Recurrenslähmung, bei dem die Lähmung über ein Jahr bestanden hatte und das Stimmband in Cadaverstellung (Mittelstellung zwischen Inspirations- und Phonationsstellung) stand. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Nerven erwies sich der betreffende Nervus recurrens vollkommen degenerirt; ebenso zeigten die von diesem Nerven versorgten Muskeln fortgeschrittene Degeneration auf. Der Musculus cricothyreoideus, welcher der gelähmten Seite entsprach, liess keinen Unterschied im Vergleich mit dem gleichnamigen Muskel der gesunden Seite erkennen.

Dieser Fall reiht sich anderen Fällen mit ähnlichem Befunde an, welche Fälle sämmtlich gegen die Anschauung, dass die Cadaverstellung erst nach Auftreten einer Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus sich einstellte, sprechen.

Nach der Ansicht Neumayer's ist bei Ausfall des einen Nervus recurrens resp. der betreffenden Musculatur überhaupt keine Inactivitätsatrophie des der gelähmten Seite entsprechenden Musculus cricothyreoideus zu erwarten; denn als Antagonisten wirken auf den Musculus cricothyreoideus weiterhin noch ein: der Musculus cricothyreoideus und die Muskeln des Stimmbandes der gesunden Seite.

Neumayer spricht sich auch gegen die Annahme aus, dass durch Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus das gelähmte Stimmband nach aussen (in Cadaverstellung) treten könne. Es wäre nach Analogie irgend einer anderen Lähmung, z. B. Ulnarislähmung, zu erwarten, dass sich eine Contractur des Musculus cricothyreoideus ausbilden würde. Durch diese Contractur käme es dann gerade zu einer Annäherung des Stimmbandes an die Medianlinie.

An der Discussion betheiligen sich Jurasz, Schech, Bönnighaus, Neumayer.

Nach Schluss der Sitzungen besichtigten die Theilnehmer die laryngorhinologische Universitätspoliklinik in Reisingerianum.

Dr. Friedrich Schäfer,
Assistent der laryngologischen Universitäts-Poliklinik
in München.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unser werther Mitarbeiter, Prof. O. Chiari, ist nunmehr definitiv an Stelle unseres verstorbenen Altmeisters Stoerk zum Leiter der laryngologischen Klinik im Wiener Allgemeinen Krankenhause ernannt und auch zum Präsidenten der Wiener laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Die Herren Prof. L. v. Schroetter (Wien) und Prof. P. Heymann (Berlin) sind zu Ehrenmitgliedern der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft erwählt worden, letzterer in besonderer Berücksichtigung des nunmehr erfolgten Abschlusses seines grossen Sammelwerks.

Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. B. Fränkel (Berlin) ist das Commandeurkreuz I. Cl. des badischen Ordens vom Zähringer Löwen und das Comthurkreuz des mecklenburg-schwerinschen Greifen-Ordens verliehen worden.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Die Pariser oto-laryngologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung vom 30. März auf Anregung des Collegen Marcel Lermoyez einstimmig dem Wunsche Ausdruck verliehen, dass bei allen zukünftigen internationalen medicinischen Congressen die Laryngologie und die Otologie in Gestalt voller, von einander getrennter Sectionen repräsentirt sein möchten.

Die Frage stand auch auf der Tagesordnung der soeben abgehaltenen Sitzung der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft; doch war die Zeit derselben, wie wir erfahren, dermassen durch die Discussion über die Tuberculose in Anspruch genommen, dass alle anderen Dinge hinter dieser Discussion zurücktraten und dass die uns hier interessirende Frage nicht zur Verhandlung kam.

In der Julinummer werden wir das Ergebniss der in den verschiedenen Specialgesellschaften stattgehabten Discussionen zusammenstellen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Nachmitttagssitzung.

Vorsitzender: Dr. Heryng (Warschau).

Schech (München): Ueber maligne Rachengeschwülste.

Sie sind viel häufiger als man früher glaubte und können jeden Theil des Rachens behalten.

Schech bespricht 17 Fälle (14 primäre, 3 secundäre) eigener Beobachtung, die 11 Männer und 6 Frauen betreffen, 4 Sarkome sassen im Nasenrachenraum, 3 Sarkome an den Tonsillen, 1 Carcinom an der Tonsille und 1 am Velum, 3 walzenförmige Carcinome auf der Grenze zwischen Meso- und Hypopharynx, 2 Carcinome im Hypopharynx hinter dem Kehlkopf. (Näheres in dem Originalaufsatz der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.)

Neumayer (München): Ueber das Verhalten des Musculus cricothyreoideus bei Recurrenslähmung.

N. bespricht einen Fall von Recurrenslähmung, bei dem die Lähmung über ein Jahr bestanden hatte und das Stimmband in Cadaverstellung (Mittelstellung zwischen Inspirations- und Phonationsstellung) stand. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Nerven erwies sich der betreffende Nervus recurrens vollkommen degenerirt; ebenso zeigten die von diesem Nerven versorgten Muskeln fortgeschrittene Degeneration auf. Der Musculus cricothyreoideus, welcher der gelähmten Seite entsprach, liess keinen Unterschied im Vergleich mit dem gleichnamigen Muskel der gesunden Seite erkennen.

Dieser Fall reiht sich anderen Fällen mit ähnlichem Befunde an, welche Fälle sämmtlich gegen die Anschauung, dass die Cadaverstellung erst nach Auftreten einer Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus sich einstellte, sprechen.

Nach der Ansicht Neumayer's ist bei Ausfall des einen Nervus recurrens resp. der betreffenden Musculatur überhaupt keine Inactivitätsatrophie des der gelähmten Seite entsprechenden Musculus cricothyreoideus zu erwarten; denn als Antagonisten wirken auf den Musculus cricothyreoideus weiterhin noch ein: der Musculus cricothyreoideus und die Muskeln des Stimmbandes der gesunden Seite.

Neumayer spricht sich auch gegen die Annahme aus, dass durch Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus das gelähmte Stimmband nach aussen (in Cadaverstellung) treten könne. Es wäre nach Analogie irgend einer anderen Lähmung, z. B. Ulnarislähmung, zu erwarten, dass sich eine Contractur des Musculus cricothyreoideus ausbilden würde. Durch diese Contractur käme es dann gerade zu einer Annäherung des Stimmbandes an die Medianlinie.

An der Discussion betheiligen sich Jurasz, Schech, Bönninghaus, Neumayer.

Nach Schluss der Sitzungen besichtigten die Theilnehmer die laryngorhinologische Universitätspoliklinik in Reisingerianum.

Dr. Friedrich Schäfer,
Assistent der laryngologischen Universitäts-Poliklinik
in München.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unser werther Mitarbeiter, Prof. O. Chiari, ist nunmehr definitiv an Stelle unseres verstorbenen Altmeisters Stoerk zum Leiter der laryngologischen Klinik im Wiener Allgemeinen Krankenhause ernannt und auch zum Präsidenten der Wiener laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Die Herren Prof. L. v. Schroetter (Wien) und Prof. P. Heymann (Berlin) sind zu Ehrenmitgliedern der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft erwählt worden, letzterer in besonderer Berücksichtigung des nunmehr erfolgten Abschlusses seines grossen Sammelwerks.

Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. B. Fränkel (Berlin) ist das Commandeurkreuz I. Cl. des badischen Ordens vom Zähringer Löwen und das Comthurkreuz des mecklenburg-schwerinschen Greifen-Ordens verliehen worden.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Die Pariser oto-laryngologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung vom 30. März auf Anregung des Collegen Marcel Lermoyez einstimmig dem Wunsche Ausdruck verliehen, dass bei allen zukünftigen internationalen medicinischen Congressen die Laryngologie und die Otologie in Gestalt voller, von einander getrennter Sectionen repräsentirt sein möchten.

Die Frage stand auch auf der Tagesordnung der soeben abgehaltenen Sitzung der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft; doch war die Zeit derselben, wie wir erfahren, dermassen durch die Discussion über die Tuberculose in Anspruch genommen, dass alle anderen Dinge hinter dieser Discussion zurücktraten und dass die uns hier interessirende Frage nicht zur Verhandlung kam.

In der Julinummer werden wir das Ergebniss der in den verschiedenen Specialgesellschaften stattgehabten Discussionen zusammenstellen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Juli. 1900. No. 7.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Im Verfolg der in den Leitartikeln des Centralblatts vom Juni bis August vorigen Jahres gegebenen Anregung haben folgende laryngologische und otologische Gesellschaften und Congresse zu den im Titel genannten Fragen Stellung genommen:

1. Sechste Versammlung süddeutscher Laryngologen (vgl. Centralblatt XV. p. 342).
2. Sechster internationaler otologischer Congress (Ibid. p. 436 u. 488).
3. Achte Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Ibid. p. 488).
4. Berliner laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 586).
5. Wiener laryngologische Gesellschaft (Ibid. XVI. p. 60).
6. Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte (Ibid. p. 60).
7. Oesterreichische otologische Gesellschaft (Ibid. p. 112).
8. Londoner laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 156).
9. Dänische oto-laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 215).
10. Pariser oto-laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 318).
11. Amerikanische laryngologische Vereinigung (Ibid. p. 367).

Diese sämmtlichen Versammlungen, von denen einige ausschliesslich laryngologischen, andere ausschliesslich otologischen, wieder andere sowohl laryngologischen wie otologischen Bestrebungen dienen, haben in unzweideutigster Weise ihre Ansicht dahin ausgesprochen:

1. dass jeder der beiden Specialitäten bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten die Stellung einer vollen unabhängigen Section gebührt,

2. dass die beiden Specialitäten bei diesen Gelegenheiten nicht in eine einzige Section verschmolzen werden sollen.

Besondere Bedeutung gewinnen diese Erklärungen durch die Zahlenverhältnisse der Abstimmenden. In der Versammlung der süddeutschen Laryngologen, in der niederländischen oto-laryngologischen Gesellschaft, in der Wiener laryngologischen Gesellschaft, in der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte, in der österreichischen otologischen Gesellschaft, in der Londoner laryngologischen Gesellschaft, in der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft, in der Pariser oto-laryngologischen Gesellschaft, in der amerikanischen laryngologischen Vereinigung sind die betreffenden Beschlüsse einstimmig gefasst worden; bei dem internationalen otologischen Congress gingen sie „nahezu einstimmig" durch (Centralblatt XV. p. 488); in der Berliner laryngologischen Gesellschaft beantworteten neun Zehntel der Abstimmenden (Ibid. p. 588) die beiden hauptsächlichsten ihnen vorgelegten Fragen: 1. ob die Laryngologie die Stellung einer vollen Section bekleiden solle, 2. ob die Laryngologie und Otologie auch weiterhin separate Sectionen bilden sollten, — in bejahendem Sinne.

Es ist damit der ziffermässige Beweis erbracht, dass mit verschwindenden Ausnahmen die Laryngologen und Otologen der verschiedensten Länder, denen die Gelegenheit geboten worden ist, sich über diese Fragen zu äussern, darin einig sind, dass es den Interessen beider Specialitäten am besten entspricht, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, von einander getrennter Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen vertreten sind.

Die Frage, ob es bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten solle, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinsam tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt würden — ist von der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte einstimmig, von der Berliner laryngologischen Gesellschaft mit überwältigender Majorität (65 : 5) bejaht, von der amerikanischen laryngologischen Vereinigung einstimmig verneint worden, während die übrigen Gesellschaften zu derselben anscheinend nicht Stellung genommen haben. Sie muss daher wohl vorderhand als eine noch offene bezeichnet werden, und es muss den Organisationscomités der beiden Sectionen überlassen bleiben, nach bestem Ermessen und nach Bedürfniss bei Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse gelegentlich gemeinsame Sitzungen zu veranstalten.

Es handelt sich nunmehr darum, unseren Beschlüssen praktische Anerkennung zu erwirken. Zu diesem Behufe ist an den Vorstand der laryngologischen Section des bevorstehenden Pariser internationalen Congresses das Ersuchen gerichtet worden, sich mit dem Vorstand der otologischen Section ins Einvernehmen zu setzen und während der ersten Tage des Congresses eine gemeinschaftliche Sitzung beider Sectionen zu veranstalten, in welcher folgende Resolution vorgeschlagen werden soll:

„Angesichts der Schwierigkeiten in der Constitution der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den meisten der bisher stattgehabten internationalen medicinischen Congresse,

angesichts der Versuche, welche wiederholt gemacht worden sind, diesen

Specialitäten entweder eine untergeordnete Stellung anzuweisen, oder sie ohne Zuziehung der Nächstbetheiligten in eine einzige Section zu verschmelzen,

angesichts der Thatsache, dass die beiden genannten Specialitäten sich durch ihre wissenschaftlichen Leistungen bei den bisherigen internationalen medicinischen Congressen Anspruch auf völlige Gleichstellung mit allen anderen anerkannten Specialitäten und auf selbstständige Regelung ihrer inneren Angelegenheiten erworben haben,

sprechen die in gemeinsamer Sitzung vereinigten laryngologischen und otologischen Sectionen des XIII. Internationalen Medicinischen Congresses im Einklange mit den diese Fragen betreffenden Beschlüssen der sechsten Versammlung süddeutscher Laryngologen, des sechsten internationalen otologischen Congresses, der niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Berliner laryngologischen Gesellschaft, der Wiener laryngologischen Gesellschaft, der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte, der österreichischen otologischen Gesellschaft, der Londoner laryngologischen Gesellschaft, der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft, der Pariser oto-laryngologischen Gesellschaft und der amerikanischen laryngologischen Vereinigung

dem Organisationscomité des nächsten und der folgenden internationalen medicinischen Congresse ihre zuversichtliche Erwartung aus, dass — bis zu dem Zeitpunkt, wo die Angehörigen beider Specialitäten selbst eine anderweitige Regelung ihrer Organisation beantragen —

die gegenwärtig bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer vollen und unabhängigen Section für jede der beiden Specialitäten erhalten bleiben mögen.

Sie verknüpfen mit dieser Erwartung den dringenden Wunsch, dass in Zukunft behufs Wahrnehmung der Interessen beider Specialitäten die Laryngologie und die Otologie schon in dem vorbereitenden Organisationscomité der internationalen medicinischen Congresse in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten sein mögen."

Diese Resolution würde nach ihrer eventuellen Annahme dem Executivcomité des gegenwärtigen Congresses zu Händen des Generalsecretärs zu unterbreiten sein.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **A. Logucki. Parachlorphenol und Menthorol bei der Behandlung von tuberculösen Processen im oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Parachlorfenol i menthorol w zastoso waniu do leczenia gruzlicy górnego odcinhe dróg oddechowych.)** *Kronika lekarska. No. 20. 1899.*

In einer grösseren Reihe von Fällen, welche Verf. auf der Sokolowskischen Abtheilung local mit Parachlorphenol behandelt hat, wurden ziemlich gute Erfolge erzielt bei gleichzeitiger entsprechender hygienisch-diätetischer allgemeiner

Behandlung. Da das Mittel nicht von allen Patienten gut vertragen wurde (wegen ziemlich lange andauernder Geschmacklosigkeit), wurde eine Combination von Parachlorphenol und Menthol (= Menthorol) probeweise applicirt und es stellte sich heraus, dass das neue Mittel fast von sämmtlichen Kranken sehr gut vertragen wurde und die damit erzielten Resultate bestimmen den Verf. zum weiteren Gebrauche und zur Empfehlung des Mittels als locales Behandlungsmittel besonders für Pharynx- und Kehlkopf-Tuberculose.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **G. Isaia** (Neapel). **Vorläufige Mittheilung über den therapeutischen Werth von Europhen, Parachlorphenol, Oxygenwasser und Jodothyrin. (Nota terapeutica preventiva sull'eurofene, sul parachlorphenolo, sull'acqua oxigenata e la iodotirina.)** *Archiv. Ital. di Laringologia Neapel. April 1899.*

I. berichtet üer die Erfahrungen, die im Laufe eines Jahres mit den genannten Mitteln an Massei's Klinik gemacht wurden. Das Europhen erwies sich als weniger wirksam wie Jodoform bei den syphilitischen Affectionen des Nasopharynx; dem Patienten freilich ist es angenehmer. Parachlorphenol wurde bei Kehlkopftuberculose versucht; der Erfolg war nicht besonders ermuthigend. Oxygenwasser wurde als Antisepticum verwandt, in der Hoffnung, dass das freiwerdende Gas in Höhlen eindringen könnte, die Flüssigkeiten nicht zugänglich sind. Diese Erwartung aber erfüllte sich nicht. Bayer's Jodothyrin wurde bei den verschiedenen Formen von Kropf verordnet. Die Patienten nahmen 50—100 cgr davon in 24 Stunden. Während der ersten Tage der Anwendung war eine bemerkenswerthe Besserung in den subjectiven Symptomen zu constatiren und gleichzeitig nahm der Kropf Tag für Tag ab. Bald aber hörte dieser Effect auf oder schritt so langsam vorwärts, dass noch der constante Strom zugezogen wurde.

JAMES DONELAN.

3) **James A. Lydston. Die medicinelle Wirksamkeit von Nosophen und Antinosin bei Augen-, Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen. (The medicinal efficacy of nosophen and antinosine in eye, ear, nose and throat affections.)** *Chicago Medical Recorder. Juli 1899. Denver Medical Times. Juli 1899.*

L. sah mehrfach, dass catarrhalische Affectionen der Nase und des Halses durch Einblasungen von Nosophen und Irrigationen mit wässerigen Lösungen von Antinosin nicht geheilt wurden.

EMIL MAYER.

4) **L. E. Blair. Ein neues Mittel für die Halstherapie — Benzoinol und Resorcin gemischt. (A new throat remedy — Benzoinol and resorcin compound.)** *Albany Medical Annals. August 1899.*

Das Präparat, das Resorcin 4,8, Encalyptol 0,6, Menthol 0,6 und Benzoinol 120 enthält, soll deutlich anaesthetisch und analgetisch, antiseptisch und adstringirend wirken.

EMIL MAYER.

5) **H. J. Chapman. Die Anwendung von Protargol bei Erkrankungen des Kehlkopfs und Rachens. (Use of protargol in diseases of the larynx and pharynx.)** *The Journal of Tuberculosis. Juli 1899.*

Eine 5 pCt. Lösung von Protargol im Frühstadium von acuter Pharyngitis oder Laryngitis mittelst Wattebausch applicirt, heilt die Krankheit öfters abortiv.

Bei subacuten und chronischen Formen ist eine 10 pCt. Lösung sehr nützlich. Bei tuberculösen Ulcerationen im Larynx wird der Heilungsprocess angeregt und beschleunigt.

EMIL MAYER.

6) **De Stella. Das Protargol bei der Behandlung der Nasen-, Pharynx- und Larynxaffectionen. (Le Protargol dans le traitement des affections du nez, du pharynx et du larynx.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 4. Fasc. Vol. LXXVIII. 1899.*

1. Nasenaffectionen: Bepinselungen mit 10 pCt. Lösung giebt bei eitriger Rhinitis ausgezeichnete Resultate; bei der blennorhagischen Rhinitis wird Heilung in 14 Tagen erzielt bei zweimaliger Bepinselung mit einer 10 pCt. Lösung. In der Zwischenzeit wird eine Salbe von 1 : 10 Vaselin verwandt. Bei tuberculösen und lupösen Nasenaffectionen steht es hinter dem Acid. lact. zurück.

2. Pharynxaffectionen: gute Resultate bei Pharyngitis chronica hypertr. und sicca.

3. Die Anwendung von 2—10 pCt. Lösungen bei Larynxaffectionen giebt constante gute Resultate, die sich mit dem Arg. nitr. zum Mindesten messen können, ja wirkliche Vortheile vor dem letzteren bieten, da die stärkeren Lösungen (1 : 10) keine so heftigen Spasmen auslösen.

BAYER.

7) **Geo W. Wagner. Haemophilie. (Hemophilia.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Das beste Mittel zur Stillung der Blutung scheint dem Verf. das Oxygen zu sein, in Inhalation oder directer Application.

EMIL MAYER.

8) **R. Heymann. Gelatinelösung bei Blutung. (Gelatine solution in hemorrhage.)** *Merck's Archiv. December 1899.*

Nach der Tonsillotomie erkannte man, dass Pat. ein Bluter war. Als letztes Mittel wurden 140 gr einer $2^1/_2$ pCt. Gelatinelösung unter die Haut der Brust injicirt. Nach 45 Minuten stand die Blutung. 30 Stunden später war eine zweite Injection erforderlich und am nächsten Tage noch eine dritte.

EMIL MAYER.

9) **E. Peters. Der Gebrauch von Suprarenalextract in Verbindung mit Cocain zur Erzielung von blut- und schmerzlosen Operationen. (Use of suprarenal extract in conjunction with cocaine to obtain bloodless and painless operation.)** *Brit. Med. Journ. 8. Juli 1899.*

In Nase und Rachen wurde eine 10 pCt., in Larynx eine 20 pCt. Lösung von Nebennierenextract angewendet; im Verein damit 5 und 10 pCt. Cocainlösungen. Die Medicamente sind als Tabloids von Burroughs und Wellcome zu beziehen.

ADOLPH BRONNER.

10) **J. C. Sharp. Die Anwendung der Nebennierenkapsel in Nase und Hals. (Use of suprarenal capsule in nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1899.*

S. verwendet eine 10 pCt. wässerige Lösung, von der er stets nur eine kleine Menge bereitet, da sie sich leicht zersetzt. Dieselbe wirkt gewebsretrahirend wie das Cocain, jedoch ohne die Gefahr und die depressiven Wirkungen des letzteren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **W. W. Bulette. Suprarenalextract in der Ohren-, Nasen- und Hals-Chirurgie. (Suprarenal extract in surgery of ear, nose and throat.)** *Philad. Med. Journal. 19. August 1899.*

Seit Einführung des Nebennierenextractes sind Fälle mit Symptomen von Cocainvergiftung seltener und die Patienten fürchten sich weniger vor Operationen.

EMIL MAYER.

12) **E. Larne Vansant. Einige Bemerkungen über die Anwendung der Schafsnebennierensubstanz in der Nasenchirurgie. (Some remarks upon the use of the suprarenal gland of the sheep in nasal surgery.)** *Southern California Practitioner. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

13) **A. G. Aldrich. Nebennierenextract bei Augen-, Ohren-, Nasen- etc. Chirurgie. (Suprarenal extract in ophthalmic, aural and allied surgery.)** *The Medical Standard. September 1899.*

Nach A. kommt das Extract. suprarenale in der Nasenchirurgie dem Cocain an Werth nahe. Er verwendet es in Combination mit Borsäure (zu gleichen Theilen).

EMIL MAYER.

14) **Redact. Notiz. Atrabilin. Ein neues Nebennierenpräparat. (Atrabilin — a new suprarenal preparation.)** *Medical Review. 16. September 1899.*

Atrabilin ist aus Nebennierensubstanz bereitet, welche vor Licht- und Luftzutritt geschützt war. Es bringt am Auge ausgesprochene Ischaemie hervor.

EMIL MAYER.

15) **W. W. Bulette. Die Anwendung von Nebennierenextract in der Ohren-, Nasen- und Hals-Chirurgie. (The use of suprarenal capsule extract in surgery of the ear, nose and throat.)** *Denver Medical Times. November 1899.*

Der Verf. hat den getrockneten Extract bei 137 intranasalen Operationen mit zufriedenstellendem Erfolg angewendet. Die Mitbenutzung von Cataphorese bei der Application des Mittels erwies sich als nutzlos.

EMIL MAYER.

16) **Redact. Notiz. Nebennierenextract. (Adrenal extract.)** *The Canadian Journal of Medicine and Surgery. December 1899.*

Nebennierensubstanz 4,0
Acid. boric. 1,0
Aqu. Cinnamon. 16,0
Aqu. camphorat. 32,0
Aqu. coquent. 64,0.
Macera per 4 horas et filtra.

Die Lösung soll sich gut halten.

EMIL MAYER.

17) **Redact. Notiz. Der Ersatz des Cocains in der Laryngologie durch neuere Droguen. (The displacement of cocaine in laryngology by newer drugs.)** *Medical Review. 1. Juli 1899.*

Eucain, Orthoform und Nebennierenextract werden besprochen.

EMIL MAYER.

18) **Wm. H. Poole. β-Eucain als Anästheticum bei Augen-, Nasen- und Hals-Eingriffen. (Beta-Eucaine as an anaesthetic in eye, nose and throat work.)** *N. Y. Medical Record. 14. October 1899. Medical Mirror. December 1899.*

P. stellt folgende Sätze auf: 1. Eucain ist entschieden weniger toxisch als Cocain und daher diesem überlegen. 2. Seine wässerigen Lösungen halten sich wohl und können durch Kochen sterilisirt werden, ohne dass die Wirksamkeit des Mittels beeinträchtigt wird. 3. Es anaesthesirt in 4—10 pCt. Lösung ebenso gut und bisweilen besser als Cocain.

LEFFERTS.

19) **Walter Lathrop. Die Schleich'sche Mischung zur allgemeinen Narkose. (The Schleich mixture in general anaesthesia.)** *Philadelphia Medical Journal. 2. December 1899.*

Verf. hat das Schleich'sche Gemisch 250mal mit gutem Erfolg angewendet, dann aber vollständig verlassen. Er glaubt, dass es die grosse Gefahr plötzlichen Athemstillstandes in sich birgt und hält es deshalb für unsicher und gefährlich.

EMIL MAYER.

20) **W. K. Mc Laughlin. Die Verwendung der Schleich'schen Mixturen zur allgemeinen Narkose bei 110 Operationen an Nase und Hals. (The use of Schleich's mixtures for general anaesthesia in 110 operations on the nose and throat.)** *Illinois Medical Journal. December 1899.*

Der Verf. hält die Verwendung dieser Mixturen für sicher und will fortfahren sie zu benutzen. 32 seiner Patienten erbrachen danach; freilich hat er auch die Nahrungsaufnahme vor der Narkose nicht verboten. (Die Communis opinio geht dahin, dass die Gefahr der Cyanose bei dieser Art der Narkose eine zu grosse ist. Eine grosse Reihe von Operateuren hat die Methode deshalb, so ideal sie nach anderer Richtung hin auch erschien, wieder aufgegeben. Dass der Verf. seine Patienten vor der Narkose essen lässt, ist zum mindesten tadelnswerth. Ref.)

EMIL MAYER.

21) **J. Hubley Schall. Essigsaures Menthol bei Erbrechen nach der Narkose. (Menthol acetate solution in vomiting after general anaesthesia.)** *Southern Clinic. October 1899.*

Verf. empfiehlt: Menthol 0,66
Acid. acet. glacial. 4,0
Alcohol
Aqu. destill. ana 32,0.

M. D. S. Ein Stück Gaze wird mit dieser Lösung getränkt und vor Mund und Nase des Patienten gehalten.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Lacoarret. Professionelle Argyrie der Nasenschleimhaut bei Feuerwerkern. (Argyrie professionelle de la muqueuse nasale chez les artificiers.)** *Annales de la Polyclin. de Toulouse. November 1899.*

Drei Fälle von Argyrismus der Nasenschleimhaut durch Einathmung von

Silberstaub bei Arbeitern, die in Feuerwerkerlaboratorien gearbeitet hatten. Die dauernde Einathmung der Silbersalze hatte eine atropische Rhinitis mit absoluter Schwarzfärbung der Schleimhaut herbeigeführt. A. CARTAZ.

23) **Max Nassauer. Abortivbehandlung einer Erkältung. (To abort a cold.)** *N. Y. Med. Journal. 19. September 1899.*

Ein beginnender Erkältungsschnupfen kann nach N. durch eine schwache (blassrothe) Lösung von Kal. hypermanganicum, das eine spezifische Wirkung auf die Coryzakeime zu haben scheint, coupirt werden. Beide Nasenseiten werden mit der Lösung reichlich ausgespült, dann wird ein dünner trockener Wattetampon eingelegt, der danach mit der schwachen Lösung durch Ansaugen bei zurückgebogenem Kopf getränkt wird und 1 Stunde liegen bleibt. LEFFERTS.

24) **G. S. Ryerson. Zur nasalen Irrigation. (For nasal irrigation.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1899.*

Natrii bicarbon.
Natrii biborac.
Natrii chlorat. ana 1,8
Natrii salicyl. 2,4
Ol. Bergamot. 0,18
Listerin 1,875
Glycerin. 30,0
Aqu. destill. ad. 240,0.

M. D. S. Zur Nasenspülung. LEFFERTS.

25) **Lichtwitz. Die Gefahr der Nasendouche. (Danger of the nasal douche.)** *The American Practitioner and News. 15. August 1899.*

Die Gefahren sind: Störungen des Geruchssinns, Kopfschmerz und Mittelohreiterung. EMIL MAYER.

26) **D. Braden Kyle. Gebrauch und Missbrauch der Douche. (The use and abuse of the douche.)** *International Med. Magazine. September 1899.*

Ausser den gewöhnlichen alkalischen Douchen benutzt Verf. eine Mischung von Extr. Hamamelis aquos. und warmem destillirtem Wasser zu gleichen Theilen. Die alkalische Douche sollte nie bei acuten Processen benutzt werden.

EMIL MAYER.

27) **H. C. Wood. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 14. October 1899.*

Rp. Antipyrin. 0,9
Pilocarpin. hydrochlor. 0,03
Tct. Aconit. gtt. VIII
Aquae 45,0.

1 Theelöffel voll zu nehmen, danach ein heisses Fussbad oder Vollbad; dann zu Bett und 1 Dessertlöffel der obigen Mischung — wenn Schmerz vorhanden, unter Zusatz von etwas Morphin — in heissem Toddy, alle 20 Minuten, bis Schweissausbruch erfolgt. EMIL MAYER.

28) **Redact. Notiz. Schnupfpulver bei acuter Coryza. (Snuff in acute coryza.)** *Journal of the American Med. Assoc. 28. October 1899.*

Bismuth. subnitr. 3,75
Pulv. campbor. 0,6
Pulv. acid. boric. 1,8
Morphin. hydrochlor. 0,06
Cocain. muriat. 0,06
Pulv. Benzoin. 0,9.

Das Schnupfpulver ist mit Vorsicht zu verordnen, da sein häufiger Gebrauch zu Cocainismus führen kann. EMIL MAYER.

29) **Hallopeau. Gegen Coryza. (For coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 11. November 1899.*

Menthol. 0,25
Betol. 2,25
Cocain. 0,45
Coffeae tostae pulver. 3,50.

M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen. LEFFERTS.

30) **Redact. Notiz. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Extr. Hyoscyami 0,2
Kalii jodat.
Kalii bicarbon. ana 2,0
Extr. Glycyrrhiz. 5,0
Aquae 120.

M. D. S. Stündlich 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

31) **Wm. E. Burton. Behandlung der Coryza. (Treatment of coryza.)** *New York Lancet. October 1899.*

Verf. empfiehlt die Irrigation der Nase mit Belladonnatinctur (1 : 8 Wasser) wärend des ersten und zweiten Tages der Erkrankung. Später muss erst mit einer alkalischen Lösung und danach mit Belladonna gespült werden. EMIL MAYER.

32) **Lermoyez. Atropin mit Strychnin gegen Nasencatarrh. (Atropine with strychnine for nasal catarrh.)** *Merck's Archives. October 1899.*

L. empfiehlt die Combination von Atropin und Strychnin als vortheilhaft bei Heufieber und spasmodischem Nasencatarrh. EMIL MAYER.

33) **A. W. Bickford. Der Nasencatarrh; seine klimatische und medicamentöse Behandlung. (Nasal catarrh; climatic and medicinal treatment.)** *The Medical World. December 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

34) **R. C. Kenner. Formen und Behandlung der chronischen Rhinitis. (Forms and treatment of chronic rhinitis.)** *Medical Mirror. October 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

35) **Lewis S. Somers. Acute septische Rhinitis bei Kindern. (Acute septic rhinitis of childhood.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Der rapide Ausbruch der Krankheit, der objective Untersuchungsbefund mit dem beiderseitigen profusen eitrigen Ausfluss machen die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle relativ leicht. Differentialdiagnostisch kommen Diphtherie, membranöse Rhinitis ohne Klebs-Löffler'sche Bacillen, Syphilis und Fremdkörper in Betracht. Bei anhaltender Nasenverstopfung empfiehlt S. Bepinselung der Nasenmuscheln mit 1—2 proc. Cocainlösung (!) und danach mit $^1/_2$ proc. Antipyrinlösung.

EMIL MAYER.

36) **J. E. Converse. Eitrige Rhinitis. (Purulent rhinitis.)** *Medical Progress. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

37) **Meslay** und **Viollet. Bakteriologische Untersuchung der Rhinitis atrophica. (Examen bactériologique de la rhinite atrophique.)** *Société anatomique. 21. Juli 1899.*

In 4 Fällen von Ozaena, die sie untersuchten, fanden die Verf. regelmässig den Pneumobacillus allein oder in Combination mit anderen Keimen, speciell den Streptococcus. Dieselben Bacterien wiesen sie im Eiter von Ohren- und Mastoidaffectionen nach, welche die Rhinitis complicirten.

PAUL RAUGÉ.

38) **V. Cozzolino. Die Bakteriologie und Histologie der Ozaena. (The bacteriology and histology of ozena.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1899.*

C. hält den Bacillus mucosus für den ätiologischen Factor der beiden peinlichsten Symptome der Ozaena, des Foetors und der Krusten, aber keineswegs für das specifische ätiologische Agens der Ozaena. Die Aetiologie der Knochenatrophie und der aus ihr folgenden Schleimhautatrophie liegt in Ernährungsstörungen, die im Knochen selbst beginnen. Dieselben bilden oft einen Theil einer allgemeinen systematischen Störung. Der ozaenöse Patient ist ozaenös geboren.

EMIL MAYER.

39) **Hébert** (Rouen). **Ueber den Mikroben der Ozaena und die Wirkung der von ihm secernirten Gifte. (Sur le microbe de l'ozène. Action des poisons sécrétés par ce microbe.)** *Société de Biologie. 2. September 1899.*

Verf. prüfte: 1. Die Wirkung der durch 10 Minuten langes Erwärmen auf 55° abgetödteten Culturen: Mäuse und Kaninchen werden nicht beeinflusst. Meerschweinchen sterben nach verschiedener Zeit, entsprechend der Menge der eingeführten Cultur; bei der Section findet sich Schwellung und blutige Infiltration der Nebennieren.

2. Wirkung der filtrirten Culturen: Subcutane Injection ist bei Maus und Meerschweinchen unwirksam; durch intraperitoneale Injection werden Meerschweinchen getödtet.

Diese Experimente erweisen, dass der Ozaenamikrobe ein lösliches Gift secernirt, das für das Meerschweinchen, speciell die Nebennieren desselben, toxisch ist.

PAUL RAUGÉ.

40) **Ferrari. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Creosot. 5,0
Alcohol. (70 pCt.) 10,0
Glycerin. 40,0.

M. D. S. Zur localen Application. LEFFERTS.

41) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Die Behandlung der Ozaena mit specieller Bezugnahme auf die Kupfer-Electrolyse. (The treatment of ozaena, with special reference to cupric electrolysis.)** *Edinb. Med. Journal. März 1899.*

Verf. berichtet kurz über die Pathologie der Ozaena und macht auf die verschiedenen Mittel aufmerksam, welche therapeutisch angewandt werden. Nach einer Würdigung der bisherigen Literatur über die Seruminjectionen und die Kupfer-Electrolyse versucht Verf. seine eigenen Erfahrungen mit der letzteren Behandlungsmethode niederzulegen. Die angewandte Stromstärke wechselte zwischen 8—10 Miliampères. Der positive Pol mit der Kupfernadel wurde in die mittlere oder untere Nasenmuschel eingestochen, während der negative mit der Platinnadel unter die Schleimhaut des Septum geführt wurde. Die Schleimhaut wurde vorher cocainisirt. Jede Sitzung dauerte gewöhnlich 10 Minuten. Die Zahl und Häufigkeit derselben schwankte in den verschiedenen Fällen und richtete sich nach dem erzielten Erfolg. Von den vielen so behandelten Fällen werden 8 herausgegriffen und des Genaueren erörtert. Von diesen wurden vier für längere Zeit (bis zu 18 Monaten) wirklich geheilt. Im fünften war noch vier Monate nach Beginn der electrolytischen Behandlung die Besserung zu constatiren; im sechsten hielt die scheinbare Heilung nur wenige Monate an, und man musste dann von neuem zur Behandlung greifen. In den beiden letzten Fällen hielt die Besserung nur einige Wochen an. In allen jedoch schwand der Foetor, das Nasensecret wurde flüssiger, die Borken liessen sich viel leichter ablösen und nahmen wesentlich an Grösse ab. Die Atrophie aber blieb bestehen und schien sich durch die Electrolyse nicht beeinflussen zu lassen.

Verf. glaubt, dass wir in der Kupfer-Electrolyse ein werthvolles, wahrscheinlich das werthvollste aller bis jetzt bei Ozaena therapeutisch angewendeten Mittel besitzen. Ueber das Wesen der Behandlung sind wir noch im Unklaren, doch erscheint es wohl als sicher, dass das am positiven Pol freiwerdende Kupfersalz mindestens ebensoviel zum Effect beiträgt, wie der electrische Strom. Es zeigte sich auch, dass die electrolytische Behandlung einer Nasenhälfte beiderseits ihre wohlthuende Wirkung äussert. Dieser Punkt stimmt übrigens mit der Erfahrung der meisten Autoren überein. Autoreferat.

42) **W. E. Dicken. Tabakrauch und hypertrophische Rhinitis. (Tobacco smoke and hypertrophic rhinitis.)**

Leuten mit hypertrophischer Rhinitis, die Raucher sind, empfiehlt Verf., den Rauch durch die Nase zu blasen. Je stärker der Tabak ist, desto besser. Auch für Heuasthma ist dies nach Dicken's Ansicht nützlich. Der Tabakrauch ist ein starkes Antisepticum, er tödtet die Mikrokoben und setzt zugleich die Reizbarkeit der Schleimhaut herab. LEFFERTS.

43) **Arthur E. Prince. Behandlung der Nasenmuschel-Hypertrophie. (The treatment of turbinated hypertrophy.)** *The New York Lancet. Juli 1899.*

Verf. entfernt aus der ganzen Länge der hypertrophischen Partie einen Streifen der Schleimhaut mit Hilfe einer besonderen, eigens construirten Zange.

EMIL MAYER.

44) **Arthur F. Summer. Nasencatarrh und seine chirurgische Behandlung. (Nasal catarrh and its surgical treatment.)** *Journal of Medicine and Science. September 1899.*

Die kurze Arbeit enthält nichts Neues und vom Alten bei Weitem nicht alles, was gesagt werden müsste. EMIL MAYER.

45) **J. A. Stuckey. Die Chirurgie der Nasenmuscheln. (Surgery of the turbinated bones.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1899. N. Y. Med. News. 14. October 1899.*

S. bespricht die Operationstechnik derjenigen Fälle, in denen nicht die Schleimhaut oder die Weichtheile, sondern der Knochen selbst so verändert ist, dass ein Theil desselben entfernt werden muss. Er empfiehlt auch für diesen Eingriff die Scheere, und zwar besonders die von C. R. Holmes angegebene.

LEFFERTS.

46) **F. Berini** (Barcelona). **Beiderseitige Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln. Reflexive Einwirkung auf den Magen. Heilung. (Hipertrofia bilateral de los corndtes inferiores. Reflejismo gástrico. Curasion.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. No. 6. 1899.*

Die Erscheinungen seitens des Magens, Uebelkeit und Erbrechen, hervorgerufen durch Zurückhaltung und Eintrocknung des schleimigen Nasensecrets mit Beeinträchtigung des Rachens und der Speiseröhre schwanden nach energischer Behandlung der hypertrophischen Nasenmuscheln. R. BOTEY.

47) **J. Gibb Wishart. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrinous rhinitis.)** *Laryngoscope. September 1899. Canadian Journ. of Medicine and Surgery. October 1899.*

Von 7 Fällen dieser Krankheit war bei 2 der bacteriologische Befund benigne, während bei 5 die Membran Diphtheriebacillen enthielt. Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass fibrinöse Rhinitis und Diphtherie nicht verschiedene Krankheiten sind und dass alle Fälle der ersteren dieselben Vorsichtsmassregeln und ebenso strenge Isolirung erfordern, wie Diphtherie. EMIL MAYER.

48) **H. Reichenbach. Ein Fall von Rhinitis fibrinosa mit Diphtheriebacillen.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

Das Resultat von Reichenbach's interessanten, im Original einzusehenden Untersuchungen ist, dass der aus den fibrinösen Belegen der Nase isolirte Miroorganismus ein echter Diphtheriebacillus ist. Aus den Eigenschaften des Erregers lässt sich also die Besonderheit des Krankheitsbildes nicht ableiten. So lange zwischen den Erregern der echten Diphtherie und der Rhinitis fibrinosa kein Unterschied aufzufinden ist, dürfen wir auch hinsichtlich der prophylactischen Massregeln zwischen beiden keinen Unterschied machen. A. ROSENBERG.

49) **H. Gradle. Oedem der Nasenschleimhaut und ödematöser Verschluss der Nasenwege. (On edema of the nasal mucous membrane and edematous occlusion of the nasal passages.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Verf. hat 3 Fälle dieser Art gesehen. In allen war die Schleimhaut blass, grau-roth, deutlich geschwollen und sowohl an dem Septum, wie an den Muscheln und der Aussenwand oedematös. Die Schwellung hatte einen diffusen Charakter. Nachdem das Oedem beseitigt war, fand man die Schleimhaut hypertrophisch, besonders über den Muscheln.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Cocain-Tampons, welche seiner Ansicht nach am besten eine dauernde mechanische Dilatation zu Wege bringen, ausserdem die Anwendung von 2 proc. Silberlösung, 10 proc. Carbolglycerin, einem Spray aus Salzlösung und Mentholvaselin.

EMIL MAYER.

50) **H. Holbrook Curtis. Rhinödem. (Rhinoedema.)** *N. Y. Medical Journal. 16. December 1899.*

C. beschreibt als Rhinoedem einen dem Heufieber (Coryza vasomotoria periodica) ähnlichen oedematösen Zustand der Nasenschleimhäute, der von keinem äusseren Einfluss, wie Pollenstaub, abhängig ist, nicht nur zu bestimmten Zeiten periodisch auftritt, sondern Monate lang anhaltend, chronisch ist. Die Schleimhaut ist schwammig, blass, mit einem bläulichen Stich. Die Nase ist ganz verstopft und wird durch Cocain nicht frei. Dies greift allmählich das Nervensystem stark an und es kommt zu Hysterie und Melancholie. Als Behandlung empfiehlt Verf. hydriatische Maassnahmen, theils local — Aufschlürfen von Eiswasser, theils allgemeiner Art — abwechselnde kalte und warme Douche auf das Rückgrat. Besonders nützlich aber ist Entlastung des Portalkreislaufs durch Sitzbäder mit Rectaldouchen.

LEFFERTS.

51) **Otto J. Stein. Die Nasenentzündung als Ursache in manchen Fällen von Gesichtserysipel. (Nasal inflammation as a cause of somo cases of facial erysipelas.)** *Philadelphia Med. Journal. 4. November 1899.*

Ein Fall von chronisch-catarrhalischer Rhinitis, bei dem sich eine acute Exacerbation einstellte. Der reichliche eitrige Ausfluss enthielt den Streptococcus erysipelatis. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich ein ausgebreitetes Gesichtserysipel. Nach 10 Tagen gingen die Gesichts- und Nasensymptome zurück.

EMIL MAYER.

52) **Mariano Aguilo** (Palma). **Ein Fall von Erysipel der Nasen-Rachenschleimhaut. (Un caso de erisipela de la mucosa naso-faringea.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laring., Otol. No. 101—102. 1899.*

Die Krankheit begann mit Schwellung der Unterkiefergegend beiderseits, dann stellte sich Oedem der Nase, sowie Schmerzhaftigkeit und Röthe der Haut ein. Am dritten Tage trat Schwierigkeit im Schluckvermögen und Gutturalstimme hervor. Bei Besichtigung des Rachens zeigte sich linkerseits eine vergrösserte, stark geröthete Mandel und in der Mitte derselben eine membranöse Verdichtung. Die Entzündung breitete sich nach und nach auf die Rachenschleimhaut und das Zäpfchen aus und endete schliesslich mit Loslösung und Ausstossung der Mem-

branen des Schlundes. Diphtherie war nach mikroskopischer Untersuchung ausgeschlossen.

R. BOTEY.

53) **Niel. Beitrag zum Studium der Aspergillose der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Contribution à l'étude de l'aspergillose des fosses nasales et des sinus de la face.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Unter den zahlreichen Aspergillusarten ist der A. fumigatus der häufigste. Als Parasit findet er sich häufiger bei Thieren als bei Menschen in den oberen Luftwegen und besonders in der Nase.

Beim Menschen äussert sich die Aspergillose der Nase nicht durch Schmerz; dagegen besteht ein heller Ausfluss von eigenthümlichem Geruch und die Bildung von graugrünlichen Membranen.

Die Prognose ist relativ günstig, die Heilung meist dauernd und Rückfälle selten.

Als Behandlung ist die Entfernung der Membranen und Spülung mit antiseptischen Lösungen zu empfehlen.

PAUL RAUGÉ.

54) **Cl. Bernard** und **Pehn. Typhöses Geschwür der Nase mit reichlichem Nasenbluten. (Ulcère typhique du nez avec hémorrhagie abondante.)** *Province méd. 16. September 1899.*

27jährige Frau bekommt im Verlaufe eines Typhus heftiges Nasenbluten. Dasselbe kommt erst durch den blutigen Stuhl und Bluterbrechen zur Kenntniss; in Folge der horizontalen Lage war das Blut in den Hals und von da in den Magen geflossen. Ursache der Blutung war eine typhöse Ulceration an der Nasenscheidewand.

A. CARTAZ.

55) **P. Hellat. Lupus der Nase.** *Wratsch. No. 39. 1899.*

Vorstellung eines mittelst Galvanokaustik geheilten Falles im medico-chirurgischen Verein zu Petersburg.

Autoreferat.

56) **Redact. Notiz. Syphilis der Nase und des Schlundes. (Syphilis of nose and throat.)** *Medical Monographs. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

57) **Redact. Notiz. Gegen syphilitische Coryza der Kinder. (For syphilitic coryza in infants.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1899.*

Hydrarg. chlor. mitig. 1 Theil,
Vaselin,
Lanolin ana 5 Theile.

M. f. ungt. S. In die Nasenwege einzureiben.

LEFFERTS.

58) **Gilbert. Die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen und ihre hauptsächlichsten Complicationen. (De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Verf. unterscheidet zwei klinische Formen von sehr verschiedener Schwere:
1. Die nasale Form, die begrenzt bleibt und deren Prognose relativ günstig ist;

und 2. die orbito-cerebrale Form, die mit mehr oder weniger schweren Gehirncomplicationen einhergeht.

Die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen ist selten primär; es gehen fast stets gummöse Knochenerkrankungen der Nasenhöhle voraus. PAUL RAUGÉ.

59) **Karl Kompe. Die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom der Hirnerweichung und die Beziehung beider Affectionen zur Arteriosclerose. (The significance of epistaxis as an early symptom of softening of the brain and the relation of both diseases to arteriosclerosis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. October 1899.*

Krankengeschichte von 5 Fällen, in denen das Nasenbluten als Symptom eines frühen Stadiums von Arteriosclerose und als Vorläufer von Encephalomalacie erschien. Die arteriosclerotischen Veränderungen spielen sich mit Vorliebe zeitig an den Aesten der Carotis, speciell der Carotis interna ab, und die Art. ethmoidalis, welche die obere und vordere Nase versorgt, gehört zur Carotis interna, wie die Art sphenopalatina, das Blutgefäss der hinteren Nase, zur Carotis externa gehört. Bei der Beurtheilung und Behandlung von Nasenblutungen achte der Rhinologe daher auf den Zustand des Gesammtgefässsystems, zumal die beginnende Arteriosclerose der Behandlung zugänglich ist, die vorgeschrittene nicht mehr.

LEFFERTS.

60) **Redact. Notiz. Nasenbluten bei Kindern. (Nose-bleed in children.)** *The Medical Times and Register. September 1899.*

Von Ursachen des Nasenblutens bei Kindern werden erwähnt: Adenoide Vegetationen, Rhinitis und Trauma. Zu den constitutionellen Ursachen zählen die vicariirende Menstruation und intercurrente Krankheiten, wie Anaemie, Nephritis u. a. m. Im Auge zu behalten ist auch, dass Nasenbluten ein praemonitorisches Symptom von Tuberculose sein kann, dass es bisweilen mit chronischer Constipation in Zusammenhang steht und auch bei congenitaler Herzerkrankung vorkommt. Eine häufige Ursache des Nasenblutens erwähnt der Artikel nicht, d. i. das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Nase. EMIL MAYER.

61) **Redact. Notiz. Wiederholtes spontanes Nasenbluten. (Repeated spontaneous epistaxis.)** *The Medical Bulletin. November 1899.*

Ein Referat über die Mittheilung von M. Natier in La Parole, 1899, No. 8.

EMIL MAYER.

62) **F. Berini** (Barcelona). **Kurze Betrachtungen über die Behandlung der Epistaxis. (Breves consideraciones sobre el tratamiento de las epistaxis.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmacia. No. 5. 1898.*

Verf., der eingehend die Aetiologie der Epistaxis behandelt, unterscheidet 3 Gruppen derselben: spontane, traumatische und operative Epistaxis. Seine Schlussfolgerungen lauten, dass in jedem Falle von Epistaxis eine Untersuchung der Nasenhöhlen nothwendig sei. Eine häufige Ursache seien varicöse Erweiterungen, deren Verzweigungen die Anwendung des Galvanokauters erheischt. Letztere Behandlung sei den adstringirenden Injectionen und chemischen Aetzmitteln vorzuziehen. In Ausnahmefällen und zur Vermeidung einer unmittelbaren Gefahr müsse man die Nasenhöhlen tamponiren. R. BOTEY.

63) **Redact. Notiz. Die neue Behandlung der Hämorrhagien. (The new treatment of hemorrage.)** *Vermont Medical Monthly. Juli 1899.*

Die von Carnot angegebene Lösung (Gelatini 45,0, Calciumchlorid 8,5 und Aqua 1000,0) wird empfohlen. Subcutane Injectionen von 30,0—60,0g dieser Mischung unter die Rückenhaut oder in die Lendengegend sollen an den blutenden Stellen eine rapide Coagulation zu Wege bringen. Falls man die Lösung in die blutende Stelle selbst injicirt, so muss man dafür sorgen, dass keine Zersetzungsproducte sich bilden. Es gilt das besonders für Nasenwunden.

EMIL MAYER.

64) **Da Costa. Gegen schweres Nasenbluten. (For severe epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 9. December 1899. Canadian Practitioner and Review. December 1899.*

Gelatine 1 Theil,
Physiolog. Salzlösung 16 Theile.

M. D. S. Zum äusseren Gebrauch. Ein Wattetampon wird mit der Lösung getränkt und in die Nase eingelegt. Es bildet sich ein aseptisches Gerinnsel, welches weitere Blutung verhindert.

LEFFERTS.

65) **Rendu. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 25. Nov. 1899.*

Rp. Antipyrin. 0,5
Tannin. 1,0
Sach. alb. 10,0.
M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

LEFFERTS.

66) **E. B. Gleason. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *The Medical Council. November 1899.*

Bei langdauernder Blutung legt G. lange Tampons von in Wasserstoffsuperoxydlösung gesättigter Watte in die Nase ein.

EMIL MAYER.

67) **Raugé. Die Behandlung des Nasenblutens. (The treatment of epistaxis.)** *Bulletin medical. 21. Juni 1899. N. Y. Medical News. 2. December 1899. N. Y. Medical Journal. 28. October 1899.*

Jedes Nasenbluten ist eine chirurgische Blutung und erfordert chirurgische Behandlung. Die erste Indication ist das Aufsuchen der blutenden Stelle. Man hebt dazu den Nasenflügel scharf empor und biegt das Septum nach der entgegengesetzten Seite. Dies genügt oft, die blutende Stelle aufzudecken, welche gewöhnlich etwa 1 Zoll hinter der Nasenspitze gelegen ist. Ein Speculum ist nicht erforderlich und ist oft im Wege. Bisweilen genügt der Fingerdruck oder Anpressen eines kleinen Gazebäuschchens mittels einer Pincette zur Stillung der Blutung, auch wenn man die blutende Stelle nicht sieht. Kommt die Blutung von tiefer her, so ist es nöthig Tampons einzulegen. Diese werden durch das Speculum eingeführt, einer nach dem anderen, und zwar sollen sie alle recht klein sein. Vor der Tamponade ist es zweckmässig, eine recht warme Injection von 40—45 ⁰ C. zu versuchen. Die Tampons können trocken eingeführt werden oder getränkt mit einem Adstringens oder mit Wasserstoffsuperoxyd. Die hintere

Tamponade ist nur in seltenen Fällen erforderlich. Die Tampons sollen nicht länger als 24 Stunden liegen bleiben. Nach dieser Zeit müssen sie entfernt und die Nasenhöhle desinficirt werden. Eventuell wird danach die Tamponade erneuert.

LEFFERTS.

68) A. F. Manasseh. **Nasenbluten verursacht durch einen Blutegel. (Epistaxis caused by a leech.)** *N. Y. Med. Journal. 9. October 1899.*

Ein Kind wurde mit Nasenbluten zu M. gebracht; die Mutter gab an, dass das Blut seit 3 Tagen beständig aus der einen Nasenseite rinne. Das Blut war dunkel und schnell gerinnend. Durch den Mund kam kein Blut. Das Kind sah anämisch aus; aber eine constitutionelle Erkrankung als Ursache der Blutung war nicht zu finden. Die rechte Nasenöffnung war von Blut verstopft und bei der genaueren Untersuchung des Mundrachens sah man das Ende eines Blutegels, der offenbar hinten von der Nase in den Nasenrachenraum hineinhing. Derselbe liess sich leicht ablösen und mit der Zange entfernen, worauf sofort die Blutung stand. Es sind mehrere Fälle dieser Art in derselben Gegend (Beyrout) verzeichnet; die Blutegel werden beim Trinken aus Brunnen aufgenommen.

LEFFERTS.

69) Lim Boom Keng (Singapore). **Nasenverstopfung durch einen Blutegel. (Nasal obstruction due to a leech.)** *Scott. Medical and Surgical Journal. October 1899.*

Der Patient, der anämisch aussah, hatte den Blutegel vor 3 Monaten beim Baden in die Nase bekommen. Die Extraction mit der Zange misslang, da der Blutegel zu fest sass. Auch auf eine Einspritzung einer Kali hypermanganicum-Lösung in die Nase saugte sich das Thier nur noch fester an. Schliesslich liess Verf. den Patienten ein paar Tropfen Chloroform inhaliren, worauf der Blutegel abfiel. Der Verf. regt an, mit der Pravaz'schen Spritze einige Tropfen Chloroform direct in den Blutegel zu injiciren.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

70) Passini und Leiner. **Ueber einen Fall von Noma faciei.** Aus dem Carolinen-Kinderspitale in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1899.*

Nach bakteriellen und Thierversuchen ergab sich, dass in diesem Falle dem Löffler'schen Bacillus eine wichtige Rolle zugeschrieben werden muss und glauben P. und L. in Uebereinstimmung mit Freymuth und Petruschky, dass Noma unter Umständen durch genannten Bacillus hervorgerufen werden könne.

CHIARI.

71) B. Fraenkel. **Offener Mund und kurze Oberlippe in Folge Straffheit des Frenulum labii superioris.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. IX. 3. p. 491. 1899.*

F. sah 3 Kinder von 6—10 Jahren mit offenem Munde, bei denen adenoide Vegetationen vermuthet wurden. Die Untersuchung ergab aber, dass der Nasenrachenraum frei war und dass thatsächlich gar keine Mundathmung bestand. Der

Mund stand vielmehr deshalb offen, weil die Oberlippe zu kurz war, um die Unterlippe zu erreichen. In allen 3 Fällen war das Frenulum labii superioris kurz und sehr stramm. Nach Spaltung desselben (und zwar nicht nur der Schleimhaut, sondern auch des darunterliegenden bandartig sich vordrängenden Bindegewebes) konnten die Kinder sofort den Mund schliessen, ein Beweis, dass die Oberlippe an sich nicht zu kurz war, sondern nur durch das zu feste Bändchen in ihrer Beweglichkeit behindert. Eine Erklärung dieses Zustandes kann F. nicht geben; um eine Atrophie der Lippe infolge lange bestehender Mundathmung handelt es sich nicht. Als Namen für den Zustand schlägt er die Bezeichnung Mikrochilie vor.

F. KLEMPERER.

72) **Danlos. Tuberculöser Pseudoschanker der Lippe. (Pseudo-chancre tuberculeux de la lèvre.)** *Soc. de dermatol. et de syphil. 12. Januar 1899.*

15jähriges Mädchen mit einer Ulceration an der Oberlippe, die seit 2 Monaten besteht, mit einer Kruste bedeckt ist und wie ein syphilitischer Schanker aussieht. Das zerklüftete Aussehen des Geschwürs nach Abheben des Schorfes, das Fehlen von Induration und Drüsenschwellung, das Vorhandensein eines ähnlichen Geschwürs am Zungenbändchen und schliesslich das Bestehen tuberculöser Erkrankung in der Lunge führten zur richtigen Diagnose: es handelte sich trotz Fehlens grauer oder gelber Knötchen um ein tuberculöses Geschwür.

A. Fournier betont die Seltenheit dieser Localisation und die Schwierigkeit der Diagnose; die buccale Tuberculose etablirt sich sonst überall, nur nicht an der Lippe.

Besnier will unterschieden wissen zwischen den tuberculösen Ulcerationen, die als Complication bei vorgeschrittenen Tuberculösen auftreten, und denen, die eine primäre Localerkrankung darstellen.

PAUL RAUGÉ.

73) **Parmentier. Die Hasenscharte. (Le bec de lièvre.)** *Le Progrès Médic. Belge. No. 7. 1899.*

Revueartikel von allgemeinem Interesse.

BAYER.

74) **A. Limberg. Die zahnärztliche Hülfe der Bevölkerung, besonders der Schüler. (Subowratschebnaja pomoschtsch naseleniju w osobennosti utschaschtschemusja.)** *Wratsch. No. 43. 1899.*

L. bringt eine ganze Reihe von Vorschlägen, wie man die heranwachsende Jugend vor der bei 95 pCt. anzutreffenden Zahncaries schützen soll. Von denselben führe ich nur folgende an:

1. Ortschaften zum Aufenthalt wählen, wo das Wasser kalkhaltig ist.
2. Mehr kalkhaltige Grünfrüchte und Gemüse essen.
3. Zu eng gelegenen Zähnen durch Extraction Raum schaffen.
4. Zahnhygiene in das Schulprogramm aufnehmen.

P. HELLAT.

75) **Quintin. Die Epulis. (L'épulis.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 4. 1899.*

Classification und Aufzählung der verschiedenen Tumoren, welche unter dem Namen Epulis laufen. Daran anknüpfend Mittheilung eines Falles von Epulis, der sich mikroskopisch als Myeloplaxensarcom herausstellt. Exstirpation. Heilung.

BAYER.

76) T. W. Bird. **Ein bemerkenswerther Unfall. (A remarcable accident.)** *Laryngoscope. October 1899.*

Ein Mann rennt gegen einen Drahtzaun, wird zu Boden geworfen und schlägt sich fast den ganzen linken Oberkiefer mit 8 Zähnen aus. EMIL MAYER.

77) Schmidt. **Operation der Ankylose des Unterkiefers mit Interposition eines Muskellappens. (Operazia ankilosa nishneitscheljukti s peremeschtscheniem mischetschnawo loskuta.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Es handelt sich um eine knöcherne Ankylose, die nach Otitis media entstanden war und 12 Jahre lang der Patientin vollständig den Mund verschloss. Die Kranke wurde durch eine Zahnlücke ernährt. Der Autor meisselte ein Stück Knochen aus dem aufsteigenden Unterkieferast heraus und interponirte zwischen die beiden Knochenflächen ein Stück vom Masseter. Die künstliche Pseudarthrose hielt gut; die Patientin konnte sofort genügend den Mund öffnen. Der Erfolg blieb dauernd. P. HELLAT.

78) Morris D. Stepp **Drei Fälle von maligner Erkrankung. (Three cases of malignant disease.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899.*

Der eine der mitgetheilten Fälle ist ein Sarcom des rechten Oberkiefers. EMIL MAYER.

79) Chavannez. **Osteosarcom des Oberkiefers. Abtragung. Recidiv an einer Rippe. Zweite Operation und Heilung. (Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur. Ablation. Récidive au niveau d'une côte. Deuxième intervention. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 12. Juli 1899.*

Es handelte sich um ein Sarcom aus embryonalen Zellen. Das Recidiv am Thorax trat 3 Jahre nach der ersten Operation auf. Der Patient ist jetzt mehrere Monate nach der zweiten Operation und befindet sich vollkommen gesund. PAUL RAUGÉ.

80) W. H. Hudson. **Bericht über Sarcome der Kiefer. (A report of some sarcomata of the jaws.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Novemb. 1899.*

Von vorwiegend chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

81) A. J. Burdens. **Die Zunge bei Erkrankungen. (The tongue in disease.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Verf. bespricht das veränderte Aussehen der Zunge bei verschiedenen Krankheitszuständen. EMIL MAYER.

82) Chas. G. Kerley. **Angioneurotisches Oedem mit Betheiligung der Zunge und der Unterlippe. (Angioneurotic oedema involving the tongue and lower lip.)** *Archives Pediatrics. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles. EMIL MAYER.

83) E. C. Stuart. **Acute Ranula. (Acute ranula.)** *Philad. Medical Journal. 23. September 1899.*

Die Ranula trat ganz plötzlich auf und entwickelte sich innerhalb 6 Stunden zu voller Höhe. Sie eröffnete sich von selbst nach 3 Tagen. EMIL MAYER.

84) **G. Baudouin. Zwei syphilitische Schanker der Zunge bei demselben Individuum. (Deux chancres syphilitiques de la langue chez le même sujet.)** *Soc. de dermatol. et de syphiligraphie. 9. September 1899.*

Der Fall ist interessant einmal wegen des Vorhandenseins des doppelten Primäraffects; dann aber wegen der Art der Ansteckung, die wahrscheinlich mit der Gewohnheit des Patienten, auf der Strasse aufgelesene Cigarrenstummel zu kauen, zusammenhängt. PAUL RAUGÉ.

85) **Balzer** (Paris). **Syphilitische Glossitis. (Glossite syphilitique.)** *Soc. franç. de dermat. et de syphiligraphie. 13. Juli 1899.*

Es handelt sich um eine sclerösе Glossitis, die der specifischen Behandlung nicht wich. Diese Affection ist bei Frauen selten. Durch die Hartnäckigkeit gegenüber der Therapie steht sie den visceralen Sclerosen nahe, deren Tenacität bekannt ist. PAUL RAUGÉ.

86) **Leredde** und **Druelle. Tertiäre Glossitis. (Glossite tertiaire.)** *Soc. de dermatol. et de syphiligraphie. 9. September 1899.*

Ein seltener Fall von tertiärer Glossitis mit Gumma der Backe bei einer Frau. Hervorzuheben ist, dass die Patientin rauchte, was den Einfluss des Tabaks auf diese Localisation der tertiären Erscheinungen bestätigt. PAUL RAUGÉ.

87) **Gaston** (Paris). **Epithelioide Modificationen der Zungenschleimhaut in einem Falle von gummöser und mercurieller Glossitis. (Modifications épithélioides de la muqueuse linguale dans un cas de glossite gommeuse et mercurielle.)** *Soc. franç. de dermat. et syphiligr. 13. Juli 1899.*

Es handelt sich um einen Fall von gummöser Glossitis, der einer intensiven Quecksilberbehandlung durch Subcutaninjectionen unterworfen wurde. Nach einer Reihe von Injectionen trat eine allgemeine ulceröse und phagedänische mercurielle Stomatitis ein. Während das Centrum der Zungenläsion von rein gummöser Structur ist, wird die Peripherie von einem epitheliomähnlichen Epithelialgewebe gebildet. PAUL RAUGÉ.

88) **G. A. Syme** (Melbourne Victoria). **Chirurgische Tuberculose bei älteren Leuten. (Surgical tuberculosis in old age.)** *Australian Med. Gazette. 20. November 1899.*

S. beschreibt einen Fall von tuberculösem Geschwür der Zunge bei einer 62jährigen Frau; dieselbe zeigte auch vorgeschrittene Tuberculose der linken Lunge. A. J. BRADY.

89) **Du Castel** (Paris). **Lupus der Zunge. (Lupus de la langue.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligraphie. 13. Juli 1899.*

Der Kranke leidet an Lupus vulgaris des Gesichts und hat auf der vorderen Partie der Zunge eine nicht ulcerirte Hervorragung, die sehr wahrscheinlich lupös ist. Diese Localisation ist äusserst selten. PAUL RAUGÉ.

90) **Ch. Audry** und **Sverseng** (Toulouse). **Papillom neben Lupus der Zunge. (Papillome juxtalupiquo de la langne.)** *Arch. méd. de Toulouse. 1. December 1899.*

Die Verff. berichten über einen interessanten Fall von Lupus der Zunge. Klinisch bemerkenswerth ist:

1. der Sitz der Affection an der Spitze der Zunge,

2. dass die Zungenaffection vollständig isolirt war und sonst keine lupöse Veränderung an irgend einer Stelle bestand,

3. dass die Affection durch das Vorhandensein eines kleinen Papilloms der Schleimhaut cachirt war,

4. dass das klinische Bild derartig war, dass nicht nur intra vitam die Diagnose nicht gestellt wurde, sondern auch die Autopsie keinen klaren Aufschluss gab, bis die histologische Untersuchung vorgenommen wurde. E. J. MOURE.

91) **Arthur W. Watson. Bericht über 2 Fälle von Nebenschilddrüsen an der Zungenbasis. (A report of two cases of accessory thyreoid gland at the base of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1899.*

In Fall 1 sah man mit dem Rachenspiegel einen grossen glatten Tumor an der Zungenbasis von der Epiglottis, die nach hinten gedrückt wurde, bis zu den Papillae circumvallatae. Derselbe fühlte sich bei Betastung mit dem Finger glatt und fest an. Auf seiner Höhe befand sich eine mit einem weissen Schorf bedeckte Ulceration.

Die Geschwulst in Fall 2 sah ganz ähnlich aus. Beide Tumoren bestanden aus Schilddrüsengewebe. Solche Geschwülste sind ziemlich selten und ihr Vorkommen ist in den meisten Lehrbüchern der Hals- und Nasenkrankheiten überhaupt nicht erwähnt. LEFFERTS.

92) **Jacob E. Schadle. Schilddrüsentumoren der Zunge. (Accessory thyroid tumors of the tongue.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Vergleiche den Bericht über die Verhandlungen der American Medical Association. EMIL MAYER.

93) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Adenom der Zunge. (Adenoma of the tongue.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

56jähriger Mann leidet seit mehreren Jahren an recidivirenden Schwellungen an verschiedenen Theilen des Körpers. Eine grosse glatte Geschwulst wächst aus der Zungenbasis hervor und erfüllt die Fossa epiglottica. Dysphagie und gelegentliche Dyspnoe sind die wesentlichsten Symptome. Ein Theil der Geschwulst wurde excidirt und untersucht. Der mikroskopische Befund entspricht einem tubulären Adenom. A. J. BRADY.

94) **Casezza. Ein Leiomyom der Zunge. (Un leiomioma della lingua.)** *Boll. della soc. med. Chir. di Pavia. No. 3—4. 1899.*

Es handelte sich um einen rapid wachsenden Tumor auf der linken Seite der Zunge bei einem 5jährigen Mädchen. Derselbe wurde exstirpirt und zeigte sich

bei der mikroskopischen Untersuchung bestehend aus Muskelfasern mit wenigen Gefässen und einigen Bindegewebsfasern. Es liegt also hier der — nach dem Verf. — bisher noch nicht beschriebene Fall eines fast reinen Myoms der Zunge vor, während bei den sehr seltenen bisher berichteten Fällen, die mit dem vorliegenden zu vergleichen wären, der bindegewebige Antheil die Hauptmasse des Tumors ausmachte und darin nur einige Muskelfasern vorkamen, es sich also nur um Fibromyome handelte. Verf. sieht in seinem Fall eine Stütze der Cohnheim-schen Geschwulsttheorie.

FINDER.

95) **Morestin. Epitheliom des Zungenbändchens. (Epithéliome du frein de la langue.)** *Société anatomique. 2. Juni 1899.*

Es handelt sich um einen Tumor am Mundboden, der vom Zungenbändchen seinen Ursprung genommen hatte; derselbe wurde auf submaxillarem Wege entfernt.

PAUL RAUGÉ.

96) **H. Stow Garlick. Epitheliom der Zunge bei einem jungen Mann von 21 Jahren. (Epithelioma of the tongue in a young man 21 years of age.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 16. December 1899.*

Vorstellung des Patienten und Vorlegung von Präparaten, die von einem excidirten Stückchen der Geschwulst hergestellt sind.

EMIL MAYER.

97) **Ernesto Bozzi. Beitrag zur Kenntniss der auf dem Boden der Psoriasis entstehenden Zungencarcinome.** Aus Prof. Novaro's chirurg. Klinik in Bologna. — *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

Auf Grund einer genauen mikroskopischen Untersuchung eines auf dem Boden einer Psoriasis entstandenen Zungenkrebses bestreitet Bozzi die Anschauung Leloir's, dass das Carcinom an jenen Stellen entstehe, wo in Folge von Rissen oder Ulcerationen eine Enthornung besteht.

An der Entstehung der Risse betheiligt sich übrigens nicht allein die Malpighische Schicht, sondern das gesammte Epithel, die Hornschicht mit inbegriffen, so dass jene anscheinend in Folge einer totalen, auf eine zu starke und rasche Flächenvergrösserung des Deckepithels zurückzuführenden Einstülpung entstanden wären. Dabei nimmt die Hornschicht die centralen Partieen ein; wenn nun später die Centralpartie sich abschuppt und zerfällt, so muss ein Riss entstehen. An einem zweiten Falle von Carcinom psoriasischen Ursprungs zeigt Verf., dass derartige Krebse keineswegs so gutartig sind (späte Drüseninfiltration und keine besondere Tendenz zu Rückfällen) als man oft meint.

A. ROSENBERG.

98) **A. Carrel** (Lyon). **Exstirpation der Zunge, des halben Mundbodens und des halben Unterkiefers wegen Krebs. (Ablation de la langue, d'une moitié du plancher buccal et de la moitié du maxillaire inférieur pour cancer.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 21. Juni 1899.*

Der Kranke wurde von Vallas operirt. Ausser der Zunge, dem halben Mundboden und Unterkiefer wurde ein Drüsenpaket aus der Submaxillargegend entfernt. Die Schnittführung wurde weit in das gesunde Gewebe hinein gelegt. Die Heilung ging ungestört von statten. Der Pat. kann noch nicht schlucken und

wird durch die Oesophagussonde ernährt. Die Phonation ist leidlich und Pat. kann sich verständlich machen. Der Allgemeinzustand ist vortrefflich.

PAUL RAUGÉ.

99) **Albert B. Andrews. Ein neuer Zungen-Herabdrücker. (A new tongue-depressor.)** *Journal American Med. Association. 11. November 1899.*

Beschreibung und Abbildung. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

100) **Kober. Der Diphtheriebacillus im gesunden Munde. (The diphtheritic bacillus in the healthy mouth.)**

K. zeigt, dass die geläufige Annahme, dass sich der Löffler'sche Bacillus in 18 pCt. aller gesunden Personen, die mit Diphtheriepatienten in Berührung kommen, vorfinde, übertrieben ist. Er fand ihn nur bei 8 pCt. LEFFERTS.

101) **Redact. Notiz. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei gesunden Personen. (The presence of diphtheria bacilli in healthy persons.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 23. September 1899.*

Die neueren Untersuchungen lehren, dass Diphtheriebacillen im Munde von 18,8 pCt. aller Personen, die mit Diphtheriepatienten in Berührung kommen, vorhanden sind. Bei Untersuchung von Personen, die nichts mit Diphtheriekranken zu thun hatten, fand man Diphtheriebacillen im Munde von 0,83 pCt.

EMIL MAYER.

102) **M. V. Grigoriev. Bakteriologische Untersuchung der Nase bei Diphtheriereconvalescenten. (Bacteriological examination of the nose in the convalescence of diphtheria.)** *L'Union Medicale du Canada. November 1899. Arch. Pediatrics. November 1899.*

46 Fälle von Diphtherie in der Reconvalescenz wurden untersucht; es fanden sich Bacillen bei 5 Fällen noch am 18. bis 20. Tage. Bei 36 Fällen verschwanden die Bacillen mit den Membranen in den ersten 8 Tagen; bei 5 verschwanden sie in der zweiten Woche. Die Zeit des Verschwindens der Bacillen aus dem Nasensecret war dieselbe. Aus diesen zeitlichen Verschiedenheiten ergiebt sich der Schluss, dass in jedem Fall eine besondere Prüfung sowohl des Pharynx, wie der Nase vorgenommen werden muss, um die An- oder Abwesenheit der Bacillen zu entscheiden. EMIL MAYER.

103) **Redact. Notiz. Diphtheriebacillen bei eitriger Coryza der Kinder. (Diphtheria bacilli in purulent coryzas of children.)** *Pediatrics. September 1899.*

Der bacteriologische Befund bei muco-purulenter Coryza verdient Beachtung. Fälle mit Diphtheriebacillen sind von anderen zu isoliren. EMIL MAYER.

104) **J. H. Adair. Hals- und Nasen-Desinfection bei Diphtherie. (Throat and nose desinfection in the presence of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 1. September 1899.*

Verf. fand eine Lösung von Sublimat 1 : 3000 und Formalin $^1/_2$ pCt. aus-

reichend zur Zerstörung der Diphtheriebacillen. Er schliesst, dass die Bestrebungen, den Bacill. dauernd aus Nase und Hals fern zu halten, beim gegenwärtigen Stand der Therapie fruchtlos sind.

EMIL MAYER.

105) **Noel Paton, J. Dunlop, G. Macadam. Stoffwechsel und Diphtheritis. (Metabolism and diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1899.*

Die Verff. berichten über Stoffwechselversuche an Hunden, denen sie Diphtheriegift injicirt hatten. Der Eiweissstoffwechsel erfuhr durch die Diphtherievergiftung eine deutliche Steigerung. Die Verhältnisse der Schwefel-, Phosphor-, Chlor-Ausscheidung etc. werden in Tabellen veranschaulicht.

LEFFERTS.

106) **Richard B. Short. Ueber Diphtherie. (A synopsis of diphtheria.)** *Indiana Medical Journal. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

107) **M. D. Jennings. Diphtheritische Pneumonie. (Diphtheritic pneumonia.)** *Interstate Medical Journal. September 1899.*

Eine Pneumonie, die sich am 4. Tage nach Diphtherie entwickelt, soll vorkommen; nach Verf. muss dies eine diphtheritische Pneumonie sein. (!)

EMIL MAYER.

108) **Theodore Potter. Diphtherie und membranöser Croup. (Diphtheria and membranous croup.)** *Philad. Monthly Med. Journal. Juli 1899.*

Eine Besprechung der Croupfrage vom pathologischen und vom klinischen Standpunkt aus.

EMIL MAYER.

109) **M. P. Creel. Behandlung des Croup. (Treatment of croup.)** *Monthly Cyclopaedia of Pract. Medicine. October 1899.*

Ein bis drei Tropfen Copaivbalsam 4mal täglich in Emulsion gereicht, sind von Werth.

EMIL MAYER.

110) **Redact. Notiz. Gegen Diphtherie. (For diphtheria.)** *Kansas City Med. Record. October 1899.*

Acid. carbol. 0,6
Ac. sulfuros. 11,25
Glycerin. 15,0
Tct. ferri. chlor. 15,0.
M. D. S. Zum Einpinseln des Halses.

Tct. ferri. cholorat. 7,5—11,25
Kalii chlor. 3,75
Ac. muriat. dilut. gtt. X
Syr. simpl. 120,0.
M. D. S. 1—2 stdlch. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

111) **J. D. Coleman. Calomel bei Diphtherie. (The use of calomel in diphtheria.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

C. glaubt an die Wirkung dieses Mittels.

EMIL MAYER.

112) **A. Robin. Das Heilserum im Lichte wissenschaftlicher Untersuchungen. (Antitoxin in the light of scientific investigations.)** *International Med. Magaz. October 1899.*

R. antwortet auf die Angriffe Hermann's (N. Y. Med. Record) gegen das Serum. Er zeigt Punkt für Punkt, dass H.'s Einwände trügerisch sind und dass der Werth des Serums klinisch wie experimentell zweifellos erwiesen ist.

EMIL MAYER.

113) **Nedrigajlow. Versuche mit Diphtherie-Heilserum, welches per os und rectum verabreicht wurde. (Experiments with diphtheria-antitoxin introduced by the mouth and rectum for curativ purposes.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Serum nicht unverändert vom Magen-Darmtractus aus ins Blut aufgenommen wird, selbst wenn man es in recht grossen Dosen reicht. In Folge dessen wird auf diesem Wege keine Immunität erzielt. Diese Methode ist also zur Behandlung der Diphtherie beim Menschen nicht geeignet.

EMIL MAYER.

114) **E, L. Larkins. Diphtherieserum per os gegeben. (Diphtheria antitoxin given by the mouth.)** *Indiana Medical Journal. November 1899.*

L. gab das Serum per os in zwei Fällen, von denen der eine tonsilläre Diphtherie hatte, der andere nur der Ansteckung ausgesetzt gewesen war. Aus dem guten Resultate bei diesen zwei Fällen schliesst er, dass man das Mittel immer auf diesem Wege einverleiben kann.

EMIL MAYER.

115) **C. G. Stivers. Zwei Fälle von Diphtherie, die mit Serum subcutan behandelt wurden und 4 per os immunisirte Fälle. (Two diphtheria cases treated by antitoxin hypodermically and four cases immunized per orem.)** *Southern California Practitioner. September 1899.*

Der Titel erklärt den Inhalt. Alle Fälle genasen.

EMIL MAYER.

116) **L. D. Rand. Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Journal of Medicine and Science. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

117) **W. S. Devine. 32 Fälle von Diphtherie ohne Todesfall. 37 Fälle von Immunisirung. (Thirty-two cases of diphtheria; no deaths. 37 immunizations.)** *Jowa Medical Journal. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

118) . . . **Diagnose und Serumbehandlung der Diphtheritis. (Diagnosis and serum treatment of diphtheria.)** Sitzung der Chicago Medical Society vom 18. October 1899. *Journ. Amer. Med. Association. 28. October 1899.*

George H. Weaver spricht über den Werth und die Nothwendigkeit der bacteriologischen Untersuchung bei allen Fällen von Halsweh.

William K. Jacques erörtert die Bedingungen, unter denen der Diphtheriebacillus sich ansiedeln kann.

Adolph Gehrman legt den Bericht des Gesundheitsamts über die Controlle der Diphtherie in Chicago vor.

I. A. Abt bespricht die Complicationen der Diphtherie.

F. E. Wynkoop macht auf einige Folgen der bacteriologischen Diagnose der Diphtherie aufmerksam.

EMIL MAYER.

119) **B. H. Portuondo. Das Antitoxin bei der Behandlung der Diphtherie. (Antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Medical Review. 7. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

120) **Adolph Koenig. Diphtherie und Serumbehandlung im Roselia Findelhaus und im Maternity Hospital zu Pittsburg. (Diphtheria in the Roselia foundling asylum and Maternity Hospital of Pittsburg. — Treatment with antitoxin.)** *Pennsylvania Med. Journal. September 1899.*

Die kurze aber sorgfältig durchgearbeitete Mittheilung berichtet über 52 Fälle von Diphtherie mit nur 1 Todesfall. Das Serum wurde als Heilmittel, wie auch zu prophylactischen Zwecken verwandt.

EMIL MAYER.

121) **J. L. Wolfe. Diphtherieheilserum. (Antitoxin.)** *Practical Medicine. September 1899.*

W. ist gegen die Serumanwendung zu Heilzwecken.

EMIL MAYER.

122) **Wilhelm Mayer** (Fürth). **Heilserum und Tracheotomie.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Unter der Anwendung des Heilserums kommt es seltener zu Larynxstenose und zur Tracheotomie. Bilden sich nach der Tracheotomie wieder neue Membranen, so werden dieselben mit einem kleinen Löffel herausgeholt. M. meint, in seinem Wirkungskreise müsse derjenige, der intubiren wolle, zu rascher Tracheotomie gerüstet sein und für ständige ärztliche Beaufsichtigung sorgen. Unter 58 Tracheotomirten konnte 6mal die Canüle nur mit grösster Schwierigkeit entfernt werden. In einem Falle bestand eine Myositis fibrosa der Stimmbandmuskeln mit entzündlicher Schwellung der Schleimhaut. Schwere croupöse Entzündungen des Kehlkopfes kommen durch das Heilserum öfters zur Ausheilung als früher.

SCHECH.

123) **A. B. Strong. Intubation und Serum bei diphtheritischer Laryngitis. (Intubation and antitoxin in diphtheritic laryngitis.)** *Journal American Medical Association. 28. October 1899. Chicago Med. Recorder. October 1899.*

S. ist fest überzeugt, dass bei früher Serumanwendung der Larynx nicht so oft ergriffen wird, wie ohne Serum; dass bei primärer Affection des Larynx durch das Serum die Erkrankung öfters zum Stillstand kommt und ein chirurgischer Eingriff erforderlich wird; dass schliesslich, wenn die Intubation nöthig ist, ihr Erfolg sich jetzt günstiger gestaltet als vor Einführung des Serums.

EMIL MAYER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

124) **Joseph Holt. Gegen catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1899.*

Chloral. 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aqu. Cinnamom 62,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll, nach 20 Minuten zu wiederholen, bis Besserung erfolgt (bei einem Kind von 5 Jahren).

LEFFERTS.

125) **H. Moulton. Acute Erkrankungen des Kehlkopfs. (Acute diseases of the larynx.)** *Medical Monograph. 15. Februar 1899.*

M. bespricht die Ungenauigkeit unserer Nomenclatur. In seinen weiteren Ausführungen sagt er, dass acute idiopathische Entzündungen selten sind, ausser bei Trauma, Einathmung von Irritantien u. dergl. Laryngeale Entzündungen sind gewöhnlich nicht so schwer als die Entzündungen mancher anderen Theile; häufig sind sie durch Nasenverstopfung verursacht. Bacterien sind stets vorhanden; das Wetter lässt sie virulent werden.

Der Laryngismus stridulus ist durch acute subglottische Entzündung bedingt; Husten und Dyspnoe sind reflex-neurotischen Ursprungs. Bei Influenza und Typhus ist der Larynx oft afficirt. (Die subcricoide Hypertrophie bei Typhus, die mehrfach beschrieben ist, erwähnt M. nicht. Ref.)

EMIL MAYER.

126) **Bacaloglu. Zwei Fälle von plötzlichem Exitus im Verlaufe von Kehlkopfaffectionen. (Deux cas de mort subite au cours d'affections laryngées.)** *Bull. Soc. Anat. de Paris. October 1899. p. 855.*

Fall 1 betrifft einen 38jährigen Mann, der wegen eines von der Mandel ausgehenden Rachenabscesses ins Hospital aufgenommen wurde. Es wird eine Incision gemacht und ein wenig Eiter entleert; der Kranke fühlt sich erleichtert und ist nicht mehr dyspnoisch. In der Mitte der Nacht will er sein Bett ordnen und fällt todt um. Die Autopsie ergiebt einen ziemlich grossen peritonsillären Abscess, Oedem der Zungenbasis und des Kehlkopfeingangs. Die Plica ary-epiglottica derselben (linken) Seite ist stark geschwollen; etwas weniger die Glottis.

Der zweite Pat. war am 9. Oktober mit Roseola syphilitica uud allgemeiner Drüsenschwellung aufgenommen worden; keine Plaques muqueuses im Munde. Am 20. Oktober klagt er über Halsweh. Auf den Mandeln und am Zäpfchen sieht man kleine Ulcerationen; keine Stomatitis. Dabei besteht Dysphagie und eine geringe Behinderung der Athmung. Am 22. Oktober Morgens plötzlicher Tod.

Die Section ergiebt Schwellung und Röthung der Epiglottis, deren linke Hälfte eine tiefe Ulceration zeigt; ähnliche Ulcerationen sitzen auf den Stimmbändern und unter der Glottis.

A. CARTAZ.

127) **P. Gallois** (Paris). **Die keuchhustenartige Laryngitis und ihre Behandlung.** (**De la laryngite coqueluchoide et de son traitement.**) *Société de Therapeutique. 27. Juni 1899.*

G. beobachtete eine Reihe von Kranken, die an Keuchhusten erinnernde Hustenanfälle hatten, ohne indessen den für Keuchhusten charakteristischen Auswurf zu haben. Handelte es sich dabei um eine abgeschwächte Form von Keuchhusten? Um eine Schwellung der Bronchial- und Trachealdrüsen? G. neigt mehr zur Annahme einer subglottischen Laryngitis grippalen Ursprungs. Möglicher Weise spielen auch adenoide Vegetationen in ähnlichen Fällen eine Rolle.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. Einstäubungen von Borsäure und Carbollösung $^1/_{100}$, Inhalationen von Menthol, innerlich Terpin, Aconit, Belladonna und besonders Bromoform.

PAUL RAUGÉ.

128) **Antonio Damieno. Larynxstenose und Erstickungsgefahr infolge angioneurotischen Oedems.** (**Stenosi laringea fulminea con minaccia d'imminente soffocazione da edema angioneurotico.**) *Archiv. Ital. d. Laringol. Juli 1898.*

Bei einem 60jährigen Mann tritt, mitten im besten Wohlsein, plötzlich ein, sich von der Nasenwurzel allmälig über das ganze Gesicht verbreitendes Oedem auf, nach dessen Verschwinden der Pat. über Schluckbeschwerden zu klagen beginnt.

Verf. findet ein sehr starkes Oedem an den vorderen Gaumenbögen und der Uvula, es tritt innerhalb ganz kurzer Zeit Aphonie und extremste Athemnoth mit imminenter Suffocationsgefahr ein. Es wird eine O. Dwyersche Intubationsröhre eingeführt, wobei der die Epiglottis niederdrückende Finger das Gefühl hat, tief in ein weiches Polster einzusinken, und als nach 10 Minuten der Tubus ausgehustet wird, ist die Athmung bereits so unbehindert, dass von ihrer Wiedereinführung abgesehen werden kann. Nach einigen Stunden ist das Befinden wieder vollkommen normal.

FINDER.

129) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Jodoedem des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 22. 1899.*

Bei einem alten Herrn, der wegen Emphysem und Bronchitis Digitalisinfus mit Jodkali (10 gr Jodkali auf 200 gr Infus) bekommen hatte, traten nach dem dritten Esslöffel der Mixtur Schlingbeschwerden, Heiserkeit und eine leichte Verengerung im Kehlkopf auf. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich ödematöse Durchtränkung von blaugrauröthlicher Farbe der ganzen hinteren Arygegend und des Eingangs in den Oesophagus, unter den gedunsenen Stimmbändern eine wässerige graurosarothe Schwellung. Nach 6 Tagen war von dem Oedem nichts mehr zu bemerken.

SEIFERT.

130) **M. Richter** (Wien). **Ueber das Oedem der Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1899.*

R. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an dem Materiale des gerichtlich-medicinischen Institutes in Wien zu dem Ergebnisse, dass das Oedem der aryepiglottischen Falten nichts als eine Leichenerscheinung ist.

CHIARI.

131) Avellis. **Die Beziehung der Laryngitis sicca chronica zur Schwangerschaft.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1899.*

Mädchen und Frauen leiden viel häufiger an Ozaena und trocknen Catarrhen des Pharynx und Larynx, was sich wahrscheinlich aus der ererbten Breitgesichtigkeit des weiblichen Geschlechts erklärt. Dazu kommt noch als begünstigendes Moment die Schwangerschaft hinzu; aber auch Neigung zu einfachen Kehlkopfcatarrhen will A. bei Schwangeren beobachtet haben.

Therapeutisch empfiehlt A. heisse Getränke, besonders heisses Salzwasser (30° R.), Emserquelle, bei Ozaena heisse Ausspülungen; als Einspritzung in den Kehlkopf empfiehlt sich besonders warmes Mentholvaselin oder bei Krustenbildung in der Nase warmes Mentholinmandelöl mit dem Oelzerstäuber von Trautmann.

SCHECH.

132) **Walter B. Johnson. Ein interessanter Fall von Dyspnoe beim Erwachsenen. (Report of an interesting case of dyspnoea in an adult.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Es handelte sich ohne Zweifel um eine acute catarrhalische Laryngitis und Tracheitis von ungewöhnlicher Schwere, bei der die Secrete in ungewöhnlichem Maasse eingetrocknet und hart den Trachealwänden fest anhafteten und durch die mechanische Beschränkung des Luftröhrenlumens einen beträchtlichen Theil der Dyspnoe verschuldeten.

EMIL MAYER.

133) **George B. Kalb. Membranöse Laryngitis. (Membranous laryngitis.)** *Philadelphia Med. Journal. 8. Juli 1899.*

Nach K.'s Meinung handelt es sich bei membranöser Laryngitis stets um Diphtheritis und man soll zeitig grosse Dosen Serum geben, ausserdem frühzeitig intubiren.

EMIL MAYER.

134) **Alexander C. Howe. Ein Fall von Abscess an der vorderen Fläche der Epiglottis. (Report of a case of abscess on the anterior surface of the epiglottis.)** *N. Y. Med. Journal. 28. October 1899.*

Bosworth behauptet, dass Perichondritis der Epiglottis nicht in Abscess und Nekrose ausgeht, sondern in einen ulcerativen Process. Howe hält dem seinen Fall entgegen, in welchem die Perichondritis zu Abscess und Nekrose des Epiglottisknorpels führte. Die Inspection zeigte in diesem Falle leichte Entzündung der Fauces und des Pharynx. Die Epiglottis war nach hinten und unten gedrängt, so dass sie die obere Larynxöffnung fast vollständig verschloss. Die Inspiration war stärker behindert als die Exspiration, da bei der ersteren der Kehldeckel noch mehr niedergezogen wurde. Diese Stellung der Epiglottis war durch einen wohl umschriebenen rundlichen Tumor von etwa $^1/_2$ Zoll Durchmesser bedingt, der die Mitte der vorderen Epiglottisfläche einnahm und bis nahezu an deren Spitze reichte. Dieser Tumor drückte auf die leicht entzündeten und hypertrophischen Drüsen an der Zungenbasis. Die Umgebung derselben war stark geschwollen und geröthet. Der Tumor wurde incidirt und es entleerte sich ein gelber übelriechender Eiter. Die Dyspnoe war sofort erleichtert und auch die übrigen Symptome gingen rapide zurück.

LEFFERTS.

135) **Potain** (Paris). **Arthritis des Kehlkopfs im Zusammenhang mit Grippe. (Arthrite laryngienne d'origine grippale.)** *Journ. de méd. int. 1. Juni 1899.*

Mitten unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Grippe sah P. bei einem Patienten eine Entzündung des linken Crico-thyroid-Gelenks und bald danach auch der grösseren Kehlkopfarticulationen auftreten. P. empfiehlt für solche Fälle das salicylsaure Natron.

PAUL RAUGÉ.

136) **E. Fortunet. Beitrag zur Kenntniss der Regio subglottica des Larynx. (Contribution à l'étude de la région sous-glottique du larynx.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Nach einer kurzen anatomischen Beschreibung der Regio subglottica berichtet Verf. über die verschiedenen Affectionen, die hier vorkommen können. Es sind das:

1. traumatische Läsionen, einschliesslich der durch Fremdkörper und durch die Intubation des Larynx verursachten,
2. entzündliche Läsionen,
3. Stenosis subglottica,
4. Tumoren.

PAUL RAUGÉ.

137) **W. Freudenthal** (New York). **Ein Fall von chronischer Urticaria laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 126. 1899.*

Die Affection, die in grösseren Pausen seit Jahren besteht und stets mit Hauturticaria gleichzeitig auftritt, spielt sich im Wesentlichen auf der Epiglottis ab. Dieselbe zeigt bald 1 oder 2 herpesähnliche Prominenzen mit ödematöser Umgebung, bald ist sie tiefroth gefärbt, bald wieder ganz blass. Therapeutisch wirkten Einspritzungen einer 20proc. Menthollösung in Oel am besten. Die Attacke schien jedesmal mit Magenverstimmungen in Zusammenhang zu stehen.

F. KLEMPERER.

138) **J. H. Bryan. Chronischer Pemphigus vulgaris des Kehlkopfs und Mundes. (Pemphigus chronicus vulgaris of the larynx and mouth.)** *N. Y. Med. Journal. 25. November 1899.*

B. berichtet über einen Fall von Pemphigus, in dem nur die Schleimhaut des Kehlkopfs und Mundes afficirt war. Diese Localisation der Krankheit ist ausserordentlich selten. Von amerikanischen Autoren sind nur zwei Fälle mitgetheilt. Die fremde Literatur, besonders die deutsche, weist deren mehr auf. Der jüngere Schrötter hat selbst 5 Fälle beobachtet.

Die Aetiologie des Pemphigus ist äusserst dunkel; die Mehrzahl der Autoren hält das Leiden für ein trophoneurotisches. Die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen sind bisher durchgehends negativ ausgefallen.

Eruptionen auf der Schleimhaut der oberen Luftwege werden bei allen Formen der Erkrankung beobachtet, häufiger freilich beim chronischen, als beim acuten Pemphigus. Gewöhnlich aber treten sie secundär im Anschluss an die Hauterkrankung auf, indem sie sich allmälig über den Mund, Pharynx und Larynx, in die Trachea und die Bronchien verbreiten; gelegentlich wird auch die

Conjunctiva afficirt. In einzelnen seltenen Fällen aber erkranken die Schleimhäute primär und bisweilen sogar ausschliesslich.

Locale Applicationen haben gar keinen Einfluss; alkalische Spülungen gewähren dem Patienten wahrscheinlich eine gewisse Erleichterung von dem beständigen Reiz in Mund und Kehlkopf. LEFFERTS.

139) **Descos** (Lyon). **Syphilitische Verengerung des Larynx. (Rétrécissement syphilitique du larynx.)** *Société des Scienc. méd. de Lyon. Juni 1899.*

Der Kranke war 1898 unter drängenden Umständen tracheotomirt worden. Da die stenotischen Zufälle fortdauerten, wurde später die Laryngofissur und die Resection der Weichtheile des Larynxinneren vorgenommen. Die specifische Behandlung war ohne Erfolg geblieben. PAUL RAUGÉ.

140) **J. Arslan. Frühzeitige hereditäre Kehlkopfsyphilis bei Kindern. (Sifilide ereditaria precoce della laringe nei bambini.)** *Arch. Ital. di Otol. Vol. VIII. Fasc. IV. 1899.*

Bericht über drei weitere Fälle, die das bereits in früheren Publicationen vom Autor gezeichnete Krankheitsbild illustriren. Die Symptome sind: Dysphonie, Husten, fast immer zusammen mit Coryza, und vor Allem eine bisweilen lebensgefährlichen Charakter annehmende Larynxstenose. In anatomischer Hinsicht unterscheidet Verf. eine durch Verdickung der Schleimhaut bedingte hyperplastische und eine ulceröse Form. FINDER.

141) **E. Blumenau. Zur klinischen Diagnose der gummösen Larynxsyphilis. (K klinitscheskoma rosposnawaniju gummosnawo sifilisa.)** *Wratsch. No. 47. 1899.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen die Diagnose auf Syphilis durch das von Hansemann beschriebene Symptom erleichtert wurde. P. HELLAT.

142) **A. Damieno** (Naples). **Ueber einen Fall von Stenosis hypoglottica, bedingt durch ein luetisches Gumma. (A proposito di un caso di stenosi ipoglottica per gomma sifilitica.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Juli 1897.*

Ein werthvoller Aufsatz mit ausführlicher Discussion über den relativen Werth der Tracheotomie und Intubation, sowie über die Controverse zwischen Ferreri und Massei betreffs des Werthes der Intubation bei Erwachsenen.

Verf. beschreibt eine Gruppe von Fällen, in denen die Intubation der Tracheotomie bei Erwachsenen vorangehen oder sie ersetzen kann. Er berichtet über den Fall eines 50jährigen Mannes, bei welchem sich im Anschluss an Syphilis eine schwere laryngeale Stenose entwickelte, die trotz einer energischen specifischen Behandlung immer enger wurde. Massei führte die Intubation aus, aber der Tubus konnte nicht entfernt werden, weil die Stenose wiederkehrte. Sie war bedingt durch ein Gumma am Ringknorpel, der schliesslich zum Theil ausgehustet wurde. Man griff schliesslich zur Tracheotomie, setzte aber die Intubation fort, um die Stenose zu beseitigen. Der Zustand des Patienten besserte sich sehr erheblich und führte bald zur Genesung. Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Die Intubation kann die Tracheotomie ersetzen bei allen acuten Stenosen der Kinder.

2. Die Intubation kann bei Erwachsenen die Tracheotomie ersetzen in allen acuten und chronischen Fällen von supra- oder infraglottiden Stenosen, vorausgesetzt, dass die Passage ermöglicht ist und nicht eine unheilbare Erkrankung vorliegt.

3. Die Intubation erweist sich als bestes Mittel bei tracheotomirten Patienten die Canüle entbehrlich zu machen, wenn mit Hülfe einfacher Catheter oder Schrötter'scher Sonden die Passage erweitert bezw. hergestellt ist.

JAMES DONELAN.

143) **Cordes** (Berlin). **Ein casuistischer Beitrag zur Gummabildung im Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 25. 1899. Philad. Med. Journal. 2. Sept. 1899.*

55jähriger Patient, heiser. Laryngoskopisch: Starke Infiltration und Röthung der ganzen linken Kehlkopfhälfte. Nirgends Ulceration. Indolente Infiltration einer Angulardrüse links. Diagnose schwankt zwischen einer malignen Neubildung und Syphilis. Die mikroskopische Untersuchung eines von Prof. H. Krause entfernten Stückes, die als interessanten Nebenbefund Fibrinausscheidung an der Oberfläche zeigt, spricht für Syphilis. Darreichung von Jodkali bestätigt diese Diagnose.

ZARNIKO.

144) **Kohnert** (Kempen). **Ein Beitrag zur Casuistik der gummösen Erkrankungen des Kehlkopfes.** Dissert. Greifswald. 1899.

Bei einem 57jährigen Landwirth fand sich als Ursache der hochgradigen Larynxstenose ein grosser vom linken Taschenband ausgehender Tumor, der fast den ganzen oberen Kehlkopfraum ausfüllte. Tracheotomie, Probeexcision. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur die Anwesenheit einer chronischen Entzündung, namentlich starke kleinzellige Infiltration. Auf Grund dieses Befundes Einleitung einer antiluetischen Cur. Daraufhin völliges Verschwinden des Tumors.

SEIFERT.

145) **Thomas Hubbard. Ein Fall von multipler laryngo-trachealer Stenose.** (**A case of multiple laryngo-tracheal stenosis.**) *Journal of the Amer. Medical Assoc. 25. November 1899.*

Bei dem Patienten, der seit 6 Jahren an Dyspnoe litt, sah man eine narbige Membran in der Ebene der Stimmbänder, die nur eine enge Oeffnung zeigte. Unter Anwendung des Kirstein'schen Autoskopspatels wurde mittels einer Bistourisonde eine Incision gemacht; doch die Athmung besserte sich nicht. Nach Ausführung der Thyrotomie wurde eine zweite Stenose mehrere Zoll unterhalb des Larynx constatirt.

Der Verf. führt die multiplen Stenosen nicht auf Syphilis zurück, sondern glaubt, dass ein besonders intensiver Entzündungsprocess mit Ulceration, Gewebsverlust, Adhäsion und späterer Narbencontractur sich abgespielt hat.

EMIL MAYER.

146) **Robert Levy. Prognose der Kehlkopftuberculose. (Prognosis of laryngeal tuberculosis.)** *Journ. of the Amer. Med. Associat. 16. September 1899. Medical Review. 23. September 1899.*

Referirt im Verhandlungsbericht der laryngologischen Section der American Medical Association (Juni 1899).
EMIL MAYER.

147) **Eiserbarth. Spontane Heilung tuberculöser Ulceration des Larynx. (Spontaneous healing of tuberculous ulceration of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 11. November 1899.*

47 jähriger Arbeiter mit vorgeschrittener Lungentuberculose, den E. seit 97 beobachtet. Im Jahre 98 wird er heiser, hat Schluckbeschwerden und Schmerzen im Kehlkopf. Es gelingt nicht, ihn zu laryngoskopiren. Im Januar 1899 sieht E. den Patienten wieder; derselbe klagt über heftige Schmerzen im Kehlkopf. Die laryngoskopische Untersuchung macht grosse Schwierigkeiten, schliesslich aber sieht E. eine breite Narbe, die das rechte Stimm- und Taschenband einnimmt. Pat. stirbt Anfang Februar 1899 an Lungen- und Darmtuberculose. Die Section zeigt im Kehlkopf die Spuren früherer ausgedehnter Tuberculose in Gestalt fester Narben.
LEFFERTS.

148) **P. S. Donnellan. Einige Punkte aus Diagnose und Therapie der Kehlkopftuberculose. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Philadelphia Monthly Med. Journal. November 1899. Journ. of the Americ. Med. Association. 25. November 1899.*

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Kehlkopftuberculose und Lupus sagt Verf., dass bei letzterem der Schmerz kein so hervorstechendes Symptom, das Oedem geringer ist, Geschwüre nur selten vorhanden sind und der Tuberkelbacill im Sputum fehlt, während andererseits auf der Haut und speciell im Gesicht Lupus vorhanden ist. (Und der primäre Kehlkopflupus ohne begleitende Hauterscheinungen, der doch ganz fraglos vorkommt? Ref.)

Mit Formaldehyd und Paramonochlorphenol erzielte Verf. eine Reinigung der tuberculösen Geschwüre, aber keine Verheilung; diese erfolgte erst bei späterer Anwendung von Milchsäure. Orthoform-Insufflationen wirkten schmerzlindernd.
EMIL MAYER.

149) **Castex. Die sclerogene Methode bei Kehlkopftuberculose. (La méthode sclérogène dans la tuberculose laryngée.)** *Bullet. de laryngol. Juni 1899.*

Die sclerogene Behandlungsmethode mit Chlorzink ist nach C.'s Ansicht bei Larynxtuberculose nicht nur nicht gefährlich, sondern nützlich. Sie erscheint besonders angezeigt, wenn der Zustand der Lungen noch ein relativ guter ist (1. Periode) und die Kehlkopfläsion in circumscripter Infiltration besteht.
E. J. MOURE.

150) **Freudenthal. Menthol und Orthoform bei Kehlkopftuberculose. (Menthol and orthoform in laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. November 1899.*

F. empfiehlt zur Linderung der Schmerzen folgende Mischung:

Menthol. 9,0
Orthoform. 11,0
Ol. amygdal. dulc. 27,0
Vitellum ovorum 2,0
Aqu. destill. ad 1500,0.

Fauces und Glottis werden zuerst mit Cocain anästhetisirt; dann wird die Emulsion eingepinselt. Der Effect soll grösser sein, als wenn man Orthoform allein benutzt.

LEFFERTS.

151) **Castex. Chronische Kehlkopfphthise. (Chronic laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Zur Linderung dysphagischer Beschwerden empfiehlt C.:

Cocain. muriat. 2,0
Morphin. hydrochlor. 1,0
Antipyrin. 1,0
Glycerin. neutral. 60,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in $^1/_2$ Glas destillirtem Wasser als Gurgelwasser oder Spray vor der Mahlzeit.

Wird das Schlucken ganz unmöglich, so empfiehlt Verf. neben Nährklystieren von Ei, Milch, Rhum oder Pepton in Bouillon:

Kreosot. 2,0
Salol. 2,0
Jodoform. 0,05
Ol. olivarum 200,0.

M. D. S. Zur rectalen Injection.

LEFFERTS.

152) **Mendel** (Paris). **Die Behandlung der Bronchial- und Lungenerkrankungen, speciell der Tuberculose durch intratracheale Injectionen flüchtiger Oele. (Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-tracheales d'huiles volatiles.)** *Académie de Médecine. 20. Juni 1899.*

Die von M. gewählten Substanzen sind Thymianessenz, Eucalyptusöl und Zimmtöl; er giebt sie zusammen in sterilisirtem Olivenöl gelöst, und zwar von jedem 5 gr auf 100 ccm. In geeigneten Fällen fügt er Bromoform (0,05 pCt.), Jodoform (5 pCt.), Guajacol (5 pCt.) oder Menthol (2,5 pCt.) hinzu.

Die intratracheale Injection ist leicht zu machen; sie ruft weder einen Reflex noch Husten hervor, da die Trachealschleimhaut sehr tolerant ist.

M. applicirt täglich eine Injection von 9 ccm in 3 Spritzen hintereinander. Er erzielte mit dieser Behandlung bei Tuberculösen Verschwinden des Hustens und Auswurfs, Wiederkehren des Schlafes, des Appetits und der Kräfte, Zunahme an Gewicht und schnelles Austrocknen der Bronchien und Cavernen.

PAUL RAUGÉ.

f. Schilddrüse.

153) **A. G. Servoss. Klinische Anwendung des Thyroidextracts. (Clinical use of thyroid extract.)** *Merck's Archives. November 1899.*

Bei Basedow'scher Krankheit nutzt Thyroidextract nichts. Bei einfachem Kropf aber ist die Wirkung dieses Mittels eine wunderbare. Ueber die Dosirung des Extracts, die Art der Darreichung etc. spricht Verf. nicht. EMIL MAYER.

154) **Redact. Notiz. Gegenbehandlung während der Darreichung von Schilddrüsenextract. (Collateral treatment during the administration of thyroid extract.)** *The Therapeutic Gazette. 15. September 1899.*

Als Gegenmittel gegen die Thyroidvergiftung ist mit grossem Erfolge Arsen gegeben worden. Die Herzpalpitationen, die man nach Thyroidextract sah, werden durch diese Gegenbehandlung verringert, ohne dass die anderen günstigen Effecte der Schilddrüsensubstanz behindert werden. EMIL MAYER.

155) **Charles R. Dickson. Beobachtungen über die Beziehung des Uterus zur Schilddrüse. (Observations on the relation of the uterus to the thyroid gland.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. October 1899.*

Bei Behandlung von Erkrankungen der Schilddrüse soll stets der Zustand der Genitalorgane in Rechnung gezogen und eventuelle Affectionen derselben behandelt werden. Vor dem Pubertätsalter, während der Menstruation und Schwangerschaft sind eingreifende Maassnahmen an der Schilddrüse überhaupt zu unterlassen. Das Climacterium verdient besondere Aufmerksamkeit. EMIL MAYER.

156) **Frederick C. Schaefer. Kropf. (Goitre.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 25. November 1899.*

Verf. bespricht die Anatomie der Schilddrüse, sowie die Pathologie und Therapie des Kropfes. Der ganze Artikel ist in chirurgischem Sinne geschrieben. EMIL MAYER.

157) **Albert L. Bouffleur. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *Atlanta Medicine. November 1899.*

Thyroid-Extract und Jod in intraparenchymatösen Injectionen ist zu versuchen; hilft dies nicht, so soll frühzeitig operirt werden. Bei Basedow'scher Krankheit hat die innere Behandlung des Kropfes meist keinen Erfolg, während die chirurgischen Maassnahmen die besten Resultate geben. EMIL MAYER.

158) **Francis J. Shepherd. Einige Bemerkungen über die Symptome der Bronchocele und die Resultate ihrer operativen Behandlung. (Some remarks on the symptoms of bronchocele and the results of operative treatment.)** *Annals of Surgery. November 1899.*

Der Vortheil der Enucleationsmethode in geeigneten Fällen liegt in der Einfachheit der Technik, weiter darin, dass man kein Myxoedem riskirt und schliesslich, dass der Recurrens nicht verletzt werden kann. EMIL MAYER.

159) **Robinson. Zur Natur der Basedow'schen Krankheit. (The nature of exophthalmic goitre.)**

R. hält die Basedow'sche Krankheit für eine Form von Hysterie. Die Neurose führt zur Hyperaction der Thyroidea, welche von histologischen Veränderungen gefolgt ist und sich in der Thyroidvergiftung äussert. LEFFERTS.

160) **J. Donath. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit.** Aus der II. Univers.-Klinik des Rochushospitals in Budapest. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

Im normalen Harne oder in dem von Basedowikern kommt entweder gar kein Jod vor, oder dessen Menge liegt jedenfalls unter der nachweisbaren Grenze. Dasselbe gilt für die Einnahme von Jodothyrin.

In einem Falle erzielte die doppelseitige Resection des Sympathicus eine wesentliche Besserung. A. ROSENBERG.

161) **R. Cox. Basedow'sche Krankheit mit Erfolg behandelt. (Exophthalmic goitre successfully treated.)** *Maritime Med. News (Halifax N. S.). September 1899. Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Die Patientin lag mehrere Wochen zu Bett; sie bekam salicylsaures Wismuth und Salol, intestinale Antiseptica (Calomel) und Irrigationen. Sie besserte sich langsam und ist jetzt so gut wie geheilt. Der Verf. schreibt diesen Erfolg dem Gebrauch der intestinalen Antiseptica zu. EMIL MAYER

162) **Pitres. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *Merck's Archiv. October 1899.*

Injectionen von Jodoformäther werden empfohlen. EMIL MAYER.

163) **Tschirhek. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *Merck's Archiv. October 1899.*

Verf. behandelt die Tachycardie mit Jod und Bromkali, ferner Fowler'scher Lösung und warmen Bädern zur Nacht. EMIL MAYER.

164) **Paulesco. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. October 1899.*

Es werden zur Nacht 2 Pulver von je 1,0 gr Chinin in $^1/_4$ stündlichem Intervall gereicht. Diese sollen die Tachycardie herabsetzen und den Kropf und Exophthalmus verringern. EMIL MAYER.

165) **Vetlesen. Gegen Basedow'sche Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. News. 28. October 1899.*

Aus der Ueberzeugung, dass Mineralsäuren als Tonicum auf die vasomotorischen Nerven wirken, hat Verf. dieselben als Mittel gegen die Basedow'sche Krankheit versucht und er berichtet über vortreffliche Erfolge in einer Reihe von Fällen. V. verordnet 10 Tropfen verdünnte Schwefelsäure 3 mal täglich. LEFFERTS.

166) **Boisvert. Thymusextract bei Basedow'scher Krankheit. (Extract of thymus gland in Graves' disease.)** *Philad. Med. Journal. 4. November 1899.*

Der Patient erhielt pro Tag 1,0 bis 1,66 gr Kalbsthymus-Extract. Nach

wenigen Tagen war eine Besserung zu verzeichnen und innerhalb 3 Monaten war vollständige Heilung erzielt.

EMIL MAYER.

167) **E. Ponfick. Myxoedem und Hypophysis.** Aus dem patholog. Institut zu Breslau. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

In einem Falle von Myxoedem fand P. die Thyreoidea nicht durch interstitielle Entzündung, sondern durch Atrophie erheblich verkleinert. Die Hypophysis zeigte eine bis zum fast vollständigen Verschwinden der specifischen Bestandtheile fortgeschrittene Verödung des drüsigen Antheils bei unversehrtem Erhaltenbleiben ihres faserig-nervösen.

Der Process, der sich in dem Hirnanhange abspielt, stimmt in nicht wenigen histologischen Punkten, jedenfalls aber in dem Endergebniss mit dem an der Schilddrüse bei Myxoedem überein.

Konnte P. früher einen Parallelismus dieser beiden Organe in physiologischer Beziehung feststellen, so gelang ihm später auch der Nachweis auch auf dem Gebiete der Pathologie. Die Hypophysis hat die Fähigkeit zu colloider Umwandlung der Follikelepithelien und zur Ablagerung mächtiger Klumpen dieser Substanz im Lumen der Alveolen.

In dem mitgetheilten Falle von Myxoedem scheint der Process in der Hypophysis seinen Anfang genommen zu haben.

A. ROSENBERG.

168) **Ratjen** (Hamburg). **Myxoedema idiopathicum.** Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztl. Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.

Verfasser beschreibt eingehend die Symptomatologie eines von ihm beobachteten Myxödemfalls, der durch Darreichung von Burroughs, Wellcome und Co.'s Schilddrüsentabletten geheilt wurde und zwar genügten 100 Tabletten à 0,3 gr, davon täglich 2 Stück genommen, um einen ganz erheblichen Rückgang der Erkrankung herbeizuführen.

Anschliessend giebt Verf. eine Uebersicht über die bis 1886 in der Deutschen Literatur beschriebenen Fälle von Myxödem, um schliesslich noch einige andere Indicationen für die Darreichung der Schilddrüsentabletten zu besprechen (Adipositas, Morbus Basedowii, Struma simplex, Psoriasis, Acromegalie, Lepra und Lupus), sowie auf einige durch Schilddrüsenmedication verursachte unangenehme Symptome hinzuweisen.

REIMERS (ZARNIKO).

g. Oesophagus.

169) **David Riesman. Ein Fall von Typhus mit Ulceration des Oesophagus und complicirender croupöser Pneumonie. (A case of thyphoid fever with ulceration of the oesophagus and complicated with croupous pneumonia.)** *Transactions Patholog. Society of Philadelphia. Juli 1899. Philad. Medical Journal. 23. September 1899.*

Demonstration der Präparate. Verf. hält das Vorkommniss für häufiger als man nach der geringen darüber vorhandenen Literatur glauben sollte.

EMIL MAYER.

170) **J. E. Summers jr. Oesophagusstrictur als Complication und Folge von Typhus. (Stricture of the esophagus as a complication and sequel of typhoid fever.)** *Philad. Medical Journal. 28. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles, der durch die Abbe'sche Operation geheilt wurde.

EMIL MAYER.

171) **George Ben Johnston. Gastrotomie wegen traumatischer Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for traumatic stricture of the oesophagus.)** *The Med. Register. October 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

172) **W. T. Mayo. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1899.*

M. formulirt folgende Sätze: 1. Eine systematische Sondirung soll 2 bis 4 Wochen nach dem Verschlucken des Aetzmittels begonnen werden. 2. Ist das Trauma schwer, so verringert man durch unmittelbare Gastrotomie die Infectionsgefahr und beschleunigt die Vernarbung; die Sondirung wird, wie sonst, ausgeführt. 3. Nichterweiterbare Stricturen in der Nachbarschaft des Ringknorpels sollen durch äussere Oesophagotomie gespalten werden. 4. Stricturen oberhalb des Aortenbogens kann man sicher durchschneiden durch eine Combination von innerer und äusserer Oesophagotomie. 5. Feste thoracale Stricturen werden am besten nach Oehs' Methode dilatirt und, wenn nöthig, mit Abbe's Säge gespalten. 6. Impermeable Stricturen müssen mit retrograder Dilatation behandelt werden. 7. Eine dilatirte Strictur soll Jahre lang oder das ganze Leben hindurch gelegentlich wieder sondirt werden.

LEFFERTS.

173) **Phocas. Fremdkörper in der Speiseröhre bei Kindern. (Foreign bodies in child's oesophagus.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 28. October 1899.*

P. empfiehlt den Kirmisson'schen Haken zur Extraction von Münzen und berichtet über einen Fall, in dem er eine Münze, die seit 5 Tagen in der Höhe des 4. Dorsalwirbels festgekeilt war, beim ersten Versuch ohne jede Mühe herausholte.

EMIL MAYER.

174) **G. G. Eitel Oesophagotomie zur Extraction einer seit 6 Jahren 4 Monaten eingeklemmten Zahnplatte. (Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of six years and four months standing.)** *The New Albany Medical Herald. October 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

175) **Gordon King. Die Oesophagoscopie und ihre Anwendung in zwei Fällen. (Oesophagoscopie and its application in two cases.)** *New Orleans Medical Journal. October 1899.*

Im ersten Falle wurde eine Oesophagusstenose mit dem Oesophagoscop diagnosticirt. Im zweiten glaubte man, dass eine Nadel in der Speiseröhre stecke; man fand dieselbe aber nicht; am 3. Tage kam sie im Stuhl zum Vorschein.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Jahrbuch für Hals, Nase und Ohr.** Nase und Hals herausgegeben von **G. P. Head,** M. D. (Chicago). Das Ohr herausgegeben von **Albert H. Andrews,** M. D. (Chicago). Verlag der Chicago Medical Book Company. 1900.

Der Versuch, die Literatur des vergangenen Jahres aus 170 Journalen zu extrahiren und in kurzer Uebersicht in einem Bande zusammen zu stellen, ist ausserordentlich gelungen. Die grosse Arbeit, die in diesem Bande steckt und die nur gründliche Kenner der laryngo-rhinologischen Literatur voll zu würdigen verstehen, ist mit Geschick und Gründlichkeit geleistet. Die Idee des Jahrbuches bedarf keiner besonderen Empfehlung: Vieles, was das kleine Buch enthält, würde ohne dasselbe in der übergrossen Masse der Literatur verloren gehen. Die Sprache ist knapp und verständlich. Die Literaturangaben geben sowohl die Quelle, der das Referat entnommen ist, als auch das Original an. Ein ausführlicher Jndex bildet den Schluss.

Die vorstehenden Zeilen beziehen sich natürlich nur auf den Hals- und Nasenband; eine Besprechung der Ohrenkrankheiten liegt ausserhalb des Rahmens dieses Blattes. Emil Mayer.

---

b) **Nasen- und Halskrankheiten** von **J. Price Brown** (Toronto). F. A. Davis Company Publishers Philadelphia Pennsylvania U. S. A. 1900. 471 pp.

Das vorliegende Buch ist für den ärztlichen Praktiker bestimmt und darf deshalb nicht der Kritik unterzogen werden, mit der wir an ein spezialistisches Lehrbuch herantreten. Wo Auslassungen zu verzeichnen sind oder ein Abschnitt ungeeignet kurz behandelt ist, darf angenommen werden, dass der Autor mit einer gewissen Selbstlosigkeit hinter dem Zweck seines Buches zurücktritt. Trotzdem möchten wir die Bemerkung nicht unterdrücken, dass es zweckmässiger gewesen wäre, die verschiedenen anatomischen Abschnitte ganz fortzulassen und auf die vorhandenen Lehrbücher der Anatomie zu verweisen, als sie in so cursorischer Weise, wie es geschehen, zu behandeln.

Dem Studium der Schädel mit Deviation des knöchernen Septums z. B. sind mehrere Seiten gewidmet, obschon der Arzt diesen Zustand im Allgemeinen kennt und kaum je berufen ist, ihn selbst zu behandeln; zwei schön colorirte Abbildungen sind der Beschreibung beigegeben.

Auf der andern Seite ist die Syphilis des Rachens auf knapp 4 Seiten und ohne jede Abbildung abgehandelt.

Die Behandlungsmethoden des Verfassers erscheinen im Allgemeinen etwas veraltet.

Das Kapitel über die Erkrankungen der Highmorshöhlen ist wohl das beste des ganzen Buches.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vortreffliche. Die Illustrationen, namentlich die nach Lennox Browne, sind vorzüglich ausgeführt. Die Register sind von grosser Vollständigkeit. Emil Mayer.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 7. April 1899.

Vorsitzender: Anthony Bowlby, F. R. C. S.

C. A. Parker: Pachydermia laryngis.

Es handelt sich um einen typischen Fall dieser Erkrankung. Nachdem die gewöhnlichen Mittel die Schwellung nicht hatten beseitigen können, griff Verf. zur Electrolyse. Auch die Zange wurde angewendet und die Schwellung wurde fast gänzlich beseitigt. Jetzt, nach zwei Jahren ist der Zustand durchaus befriedigend.

St. Clair Thomson: Parese des rechten Stimmbandes.

Der Fall ist interessant wegen des wechselnden Verhaltens des Larynx. Pat. klagt über Heiserkeit, die sich vor 4 Monaten nach einer Influenza eingestellt hat. Als er zum ersten Male untersucht wurde, fand sich eine Parese beider Interni vor. Später trat eine unwesentliche rechtsseitige Abductorenlähmung ein. Nach Anwendung entsprechender Mittel besserte sich der Zustand. Dann kam ein Recidiv und jetzt wiederum eine rapide Besserung, so dass augenblicklich nur noch eine Parese des rechten Stimmbandes zu constatiren ist.

Der Vorsitzende sah bei einem 48jährigen Mann 3 Monate nach einer Influenza eine doppelseitige Abductorenparese mit Dyspnoe. Dieselbe ging allmälig ohne jede besondere Behandlung zurück.

Tilley: Grosse Schilddrüsencyste.

Dieselbe hatte einen Umfang von $10^1/_2$ Zoll und sass im linken Lappen. Sie wurde wegen Dyspnoe entfernt.

de Santi: Präparat einer lange Zeit bestehenden Bronchocele, die bösartig wurde und einen Druck auf Oesophagus und Trachea ausübte.

Der Fall betrifft eine 60jährige Frau, die seit 20 Jahren an einer fibrösen Bronchocele litt. Wegen Dyspnoe wurde ein grosser Theil entfernt und für mehrere Monate eine Besserung erzielt. 8 Monate später aber trat wiederum hochgradige Dyspnoe ein, so dass eine weitere Partie abgetragen werden musste. Wenige Wochen später ging die Pat. an Herzlähmung zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst zwar einen gutartigen Charakter hatte; in den mediastinalen Drüsen aber war eine beginnende carcinomatöse Degeneration zu constatiren. Verf. meint, dass es keineswegs ungewöhnlich ist, eine seit langem bestehende Bronchocele bösartig degeneriren zu sehen.

Auch der Vorsitzende hält es für ein gewöhnliches Vorkommniss, dass man in früher vergrösserten Drüsen eine bösartige Umwandlung findet.

Tilley fragt, ob die maligne Erkrankung nicht vom Nebenschilddrüsengewebe ausgegangen sei, was, wie Horsley nachwies, öfters der Fall ist.

Der Vorsitzende erwiedert, dass seine Erfahrung hiermit nicht übereinstimmt. Er hat die maligne Erkrankung in der Schilddrüse selbst ihren Ursprung nehmen sehen.

Sir Felix Semon constatirte in mehreren Fällen den Ursprung des malignen Processes in der Schilddrüse selbst, nachdem ein gewöhnlicher Kropf 20 Jahre und darüber unverändert bestanden hatte.

de Santi: Epitheliom der rechten Tonsille mit Uebergreifen auf Zunge und Cervicaldrüsen.

Es handelt sich um einen inoperablen Fall von etwa 14monatlicher Dauer.

Der Vorsitzende schliesst sich den Anschauungen des Redners über den vorgestellten Fall an.

Furniss Potter: Schwellung der Regio interarytenoidea.

Patient, ein Sänger, zeigt neben allgemeiner hypertrophischer Laryngitis, eine erhebliche Schwellung der genannten Gegend. Keine Tuberculose. In der sich anschliessenden Discussion wird der Wunsch geäussert, den Ausdruck „Geschwulst" nur für wirkliche Neoplasmen zu gebrauchen.

Watson Williams: Lupus der Nase und des Pharynx.

Nach einer vorangegangenen Verletzung der Nase hat sich bei dem jungen Manne allmälig eine ausgedehnte Zerstörung des knorpeligen und knöchernen Gerüstes der Nase entwickelt. Anamnestisch ist keine Tuberculose nachweisbar; auch Lues wird negirt. Der knorpelige Theil des Septums fehlt jetzt ganz, jedoch lässt sich eine Necrose des knöchernen Theiles nicht nachweisen. Die untere Nasenmuschel und das Septum scheinen lupös infiltrirt zu sein. Der weiche Gaumen ist theilweise zerstört und die Uvula zeigt lupöse Knötchen. Weder Jodkali noch Queksilber haben das Fortschreiten der Erkrankung aufgehalten. Auch die Milchsäure-Behandlung brachte keine Besserung zu Wege. Nach einem zweiten schweren Insult hat sich eine Depression des Nasenrückens ausgebildet.

Der Vorsitzende glaubt, dass es sich doch um Syphilis handelt.

William Hill schliesst sich dieser Meinung an und lenkt die Aufmerksamkeit auf eine interarytenoideale Ulceration.

St. Clair Thomson empfiehlt die diagnostische Anwendung von Tuberculin, bevor man zu activen chirurgischen Maassnahmen seine Zuflucht nimmt.

W. H. Kelson: Diagnostisch zweifelhafter Fall von Erkrankung des Larynx.

15jähriges Mädchen mit Narben am Halse, die von Drüsenerkrankung herrühren, hat eine interstitielle Keratitis gehabt und leidet jetzt an Taubheit und Verlust der Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass röthliche

Tumoren, die anscheinend von den Ventrikeln ihren Ursprung nahmen, das Besichtigung der beiden Stimmbänder unmöglich machten. Die Geschwülste waren theils glatt, theils warzig. Nach einer 3monatlichen mercuriellen Behandlung und theilweisen Entfernung der Gewächse ist jetzt das rechte Stimmband wieder sichtbar und die Stimme besser. Das linke Stimmhand bewegt sich nicht frei.

Sir Felix Semon diagnosticirt eine syphilitische Perichondritis mit Fixation und Subluxation des Aryknorpels.

Spencer und Bowlby stimmen dieser Meinung zu. Letzterer stellt fest, dass eine so complete Wiederherstellung, wie die des rechten Stimmbandes in diesem Falle, gewöhnlich nicht zu Stande kommt.

Arthur Cheatle: Polypöse Geschwulst, ausgehend von der rechten Fossa supratonsillaris.

Vorstellung des Falles, der eine 21jährige Frau betrifft.

Donelan: Alte syphilitische Erkrankung der Nase bei einer 36jährigen Frau.

Der Fall zeichnet sich durch weitgehende syphilitische Zerstörungsprocesse aus. Ein Krankheitsherd am Nasenflügel hatte das Aussehen einer tuberculösen Affection und trotzte der antiluetischen Behandlung.

Sir Felix Semon empfiehlt die Tuberculinprobe.

Lambert Lack: Miliartuberculose des Schlundes.

Die 26jährige Frau mit beiderseitiger Spitzentuberculose zeigt im Pharynx und den anliegenden Theilen eine grosse Anzahl kleiner, circulärer, oberflächlicher Ulcerationen auf aschgrauer, unebener Basis.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der durch rapide Ausdehnung der Erkrankung jäh zum Tode führte.

Tilley konnte ebenfalls über einen solchen Fall berichten. Der Patient, ein 65jähriger Mann, litt an unerträglichen dysphagischen Beschwerden, welche durch Orthoform gemildert wurden.

Sir Felix Semon äussert sich über den beträchtlichen Werth des Orthoforms als Anästheticum bei tuberculöser Dysphagie, wenn Ulcerationen zugegen sind. In Fällen dagegen, bei denen die Oberfläche intact war, fand er es nutzlos.

St. Clair Thomson konnte die Dysphagie nach Tonsillotomie durch Orthoform nicht beseitigen.

Lack hat gefunden, dass man durch Orthoform die neuralgischen Schmerzen, wie sie gelegentlich durch die Tamponade der Wunden des Antrum und Warzenfortsatzes hervorgerufen werden, zu verhüten vermag.

Lambert Lack: Lymphosarcom (?) der Tonsille.

Der Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der seit 6 Jahren an einer Halsschwellung leidet. Vor Kurzem begann die Schwellung an Umfang zuzunehmen. Die linke Tonsille ist gross und derb, die Cervicaldrüsen zu beiden Seiten des Halses sind geschwollen. Die linke Seite der Zunge ist gelähmt und atrophisch.

Der Vorsitzende stimmt mit der Diagnose Lymphosarcom überein. Es kommt öfters vor, dass diese Tumoren nach Jahren des Stillstandes ein lebhaftes Wachsthum entfalten.

Spencer neigt eher der Diagnose Carcinom zu.

Fitzgerald Powell: Schleimcyste auf der Membrana thyrohyoidea.

Die erst seit kurzem sich entwickelnde Cyste war taubeneigross, bedeckte den linken Flügel des Schildknorpels und reichte nach oben bis zum Zungenbein.

Der Vorsitzende schliesst aus der lateralen Lage der Geschwulst, dass dieselbe wahrscheinlich nicht eine Schleimcyste darstellt, sondern durch Entwicklung des mittleren Lappens der Schilddrüse entstanden ist. Der Tumor sollte total entfernt oder aber sich selbst überlassen werden.

Fitzgerald Powell: Ulcerationen im Larynx.

Ein Fall von ausgedehnter Hypertrophie und Ulceration im Larynx ohne besondere Anhaltspunkte für Tuberculose oder Syphilis.

Tilley, der eine tuberculöse Affection vermuthet, empfiehlt eine 14tägige Messung der Abendtemperaturen. Dieses Verfahren unterstützt bisweilen die Diagnose in Fällen, in denen noch keine physikalischen Veränderungen nachgewiesen werden können.

Tilley: Perverse Action der Stimmbänder.

Es handelt sich um eine 23jährige nervöse Person, bei welcher eine jede Inspiration von einem Stridor begleitet ist. Während der Inspiration werden die Stimmbänder adducirt. Nach Einführung eines Pinsels in die Glottis war die Patientin von diesem Symptom geheilt.

Sitzung vom 5. Mai 1899.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Discussion über Asthma in seiner Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege.

Nach einigen einleitenden Worten des Vorsitzenden eröffnet Percy Kidd die Discussion. Er will sich auf die Erörterung derjenigen Asthmafälle beschränken, welche als Bronchialasthma beschrieben werden, eine Erkrankung, die oft mit Niesen, Hypersecretion und Verstopfung der Nasenwege vergesellschaftet ist. Ob das Bronchialasthma die unmittelbare Folge eines Krampfes der Bronchialmuskeln oder die einer Dilatation der Blutgefässe ist, ist noch unentschieden. Die Phänomene des Heufiebers und Heuasthmas sprechen aber zu Gunsten der letzteren Hypothese. Es ist Kidd nicht möglich, die von Bosworth ausgesprochene Meinung zu theilen und er kann nicht zugeben, dass die nasalen Symptome, welche im Verein mit Bronchialasthma auftreten, unbedingt zu diesen in causaler Beziehung stehen müssen. Man hat bis jetzt in der Nase Asthmakranker keine

charakteristischen Veränderungen aufzufinden vermocht, und die verschiedenen Abnormitäten der Nasenschleimhaut, welche beschrieben wurden, kommen auch bei zahllosen Patienten zur Beobachtung, die niemals an Asthma litten. In der Regel hat man in der Nase Asthmakranker keine greifbaren Veränderungen constatirt. Für die causalen Beziehungen würde am evidentesten die Beseitigung des Asthmas durch intranasale Eingriffe sprechen. Die Fälle jedoch, in denen man durch solche Operationen eine merkliche Besserung erzielt hat, sind recht spärlich und wo die Heilung eintrat, da war sie gewöhnlich temporär und unvollständig. Heilungen wurden auch erzielt durch comprimirte Luftbäder, allerlei Droguen und dergleichen mehr. Wahrscheinlich spielte hierbei das psychische Moment eine grosse Rolle. Verf. beobachtete zwei oder drei Fälle, in denen er durch Beseitigung von Polypen Heilung erzielte, aber er kennt keinen Fall, von dem er mit Sicherheit hätte behaupten können, dass das Asthma durch eine Muschelhypertrophie, eine Unebenheit oder Schwellung des Septums verursacht worden war. Eben so wenig hat Verf. Fälle gesehen, in denen Adenoide zugegen waren oder überempfindliche Stellen in der Nase entdeckt werden konnten. Man darf nicht vergessen, dass, wo die nasalen Störungen durch Einathmen reizender Substanzen auftraten, das sie begleitende Asthma eben so gut durch den directen Reiz der Bronchialschleimhaut bedingt werden konnte. Diejenigen Fälle von Heuasthma, in denen die Anfälle während des Winters persistirten, während die nasalen Symptome zurücktreten, zeigen, wie wichtig das neurotische Element, auch abgesehen von der Existenz des Reizes, für die Nasenwege ist.

Mc. Bride beginnt mit der Feststellung, dass es abnorme Zustände der Nase sind, die am häufigsten Asthma verursachen. Die gewöhnliche Form des Nasenasthma ist die mit Heufieber und ähnlichen Erscheinungen auftretende. In einer sehr grossen Anzahl dieser Fälle ist die Nase normal, ausgenommen die Zeit während der Anfälle. Redner hält das Asthma für einen Reflexvorgang, welcher durch den Reiz einer überempfindlichen Nasenschleimhaut ausgelöst wird. Eine etwas seltenere Form von Asthma ist mit Nasenpolypen vergesellschaftet. Oefters schien es, als ob kleine bewegliche Polypen mehr Neigung haben, Asthma vorzubringen als grosse. In anderen Fällen waren Hypertrophien und Deformitäten am Septum vorhanden, die zwar keine ernstere Nasenverstopfung verursachten, deren chirurgische Behandlung aber doch bisweilen die Heilung herbeiführte. So vermag auch die Anwendung des Cauters bei Asthmakranken gute Resultate zu geben, obschon die Nase keine nennenswerthen Abnormitäten aufwies. Bei nicht wenigen Patienten finden sich überempfindliche Flecken, deren Reizung Husten erzeugt und deren galvanocautische Behandlung eine merkliche Besserung zu Wege bringt. Das Vorhandensein solcher „Hustenflecke“ indicirt einen nasalen Eingriff. Selbst die Cauterisation einer ganz normalen Nasenschleimhaut vermag ein gutes Resultat zu erzeugen, indem sie als ein Gegenreiz auf das hypothetische Asthmacentrum wirkt. Die Prognose des Asthma nasale bleibt jedoch stets zweifelhaft. Redner sah einen Knaben, der durch Beseitigung von Adenoiden vom Asthma geheilt wurde, aber er kann sich sonst keines einzigen Falles entsinnen, in welchem andere Läsionen der oberen Luftwege, als solche in der Nase, die Asthmaanfälle verschuldet hätten. Individuelle Prädispositionen dürfen nie

ausser Acht gelassen werden und in allen Fällen müssen neben der nasalen Behandlung die üblichen Medicamente und Maassnahmen angeordnet werden.

Thorowgood hat viele Asthmakranke mit Adenoiden gesehen; nach Entfernung derselben trat einmal fast complete Heilung, bei anderen Patienten erhebliche Besserung ein. Er ist davon überzeugt, dass in der Nase Flecken existiren, deren Reizung bei Prädisponirten einen Asthmaanfall auslöst. Die unmittelbare Ursache des Asthmas ist, wie Redner glaubt, eine Zusammenziehung der Gefässe; daher giebt er Chloral als ein vasodilatatorisches Mittel.

Waggett ist der Ansicht, dass die Annahme einer wirklichen causalen Beziehung zwischen spasmodischem Asthma und Nasenerkrankung höchst selten auf einer streng logischen Basis ruht. Er hat viele Fälle gesehen, in denen diese Beziehung auf den ersten Blick evident zu sein schien, aber nur in einem Falle konnte dieselbe mit einer gewissen Sicherheit bewiesen werden. Hier handelte es sich um eine diffuse Neurose mit Sensationen im Hals und in den Ohren, die mit Bronchialasthma zusammen auftraten und einer prolongirten medicamentösen Behandlung trotzten, während sie einer intranasalen bald wichen. Dreimal nach einander erfolgte eine mehrere Monate dauernde Besserung nach Entfernung einer Spina und später nach Beseitigung einer Knochenbrücke, welche sich nach der ersten Operation gebildet hatte. Aber selbst hier war es schwer zu zeigen, dass diese Wiederkehr des Asthmas mit der Knochenbildung zusammenhing. (Im Dezember 1899 constatirte Ref., dass das Asthma ohne jede Knochenneubildung wieder aufgetreten ist. Die Nase war durchaus normal.) Da man das Asthma nasale als eine alltägliche Erscheinung angesprochen hat, bittet Redn. die Versammlung, die Gelegenheit zu benutzen zur Sammlung statistischer Daten.

Mac Intyre weist darauf hin, dass es schwierig ist, eine Statistik aufzustellen, insofern als wir vielfach nur die Patienten wieder zu Gesicht bekommen, bei denen die Behandlung erfolglos geblieben ist, während diejenigen, welche geheilt wurden, nicht so leicht weiter zu beobachten sind. Er entsinnt sich nur weniger Fälle, auf die der Ausdruck „geheilt“ passen würde. Im Allgemeinen ist er geneigt, eher das Wort „gebessert“ anzuwenden. Die chirurgischen Eingriffe müssen jedenfalls zur Zeit noch als Experiment angesehen werden und bezüglich der Prognose lässt sich gegenwärtig noch durchaus kein definitives Urtheil formuliren. Ein Studium der Thätigkeit des Diaphragmas beim Asthma ist geeignet, einiges Licht über die Pathologie dieses Leidens zu verbreiten. Redn. ist damit beschäftigt, diese Verhältnisse unter Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen näher zu untersuchen.

Herbert Tilley glaubt, dass nur eine Minderzahl von Fällen sich für die chirurgische Behandlung der Nase eignet. In seiner Praxis hat er in Fällen von inveterirtem Asthma von dieser Behandlung keinen Erfolg gesehen. Einmal wurde durch Exstirpation der Adenoiden und der hypertrophischen Muscheln zwar die nasale Verstopfung beseitigt, allein die Asthmaanfälle überdauerten diesen Eingriff, während sie durch Jodkali, Strammonium und Arsenik coupirt wurden.

Zur Zerstörung der sog. hyperästhetischen Flecken in der Nase zieht Vorf. Acidum trichloraceticum dem Galvanokauter vor. Die Fälle von sogen. Asthma

mit adenoiden Vegetationen werden oft durch die Operation schnell zur Heilung gebracht.

Scanes Spicer wendet ein, dass das Wort „Experiment“ für klinisch-therapeutische Massnahmen gebraucht, leicht dazu führen kann, beim Publicum Misstrauen zu erwecken. Was den Ausdruck „normale Nase“ betrifft, so muss daran erinnert werden, dass eine den Tag über scheinbar normale Nase durch Turgescenz während des Liegens im Bett zuweilen verstopft werde; eine solche könne eine Quelle von Beschwerden abgeben und dürfe nicht als gesund angesehen werden. Wie weit die Spinen und sonstige obstruirende Processe der Nase chirurgisch angegriffen werden sollen, hängt davon ab, ob sie durch ihre Grösse und Lage die eigentlichen Functionen des Organs stören. In vielen Fällen hatte Redn. durch nasale Behandlung positive und gute Resultate. Einige Patienten gaben an, geheilt zu sein, die Mehrzahl wies erhebliche Besserung auf. Redn.'s Fälle gehörten nicht zur Klasse der eingewurzelten veralteten Asthmaerkrankungen, wie sie von den praktischen Aerzten öfter beobachtet werden, sondern eher in die Reihe der weniger bestimmt umgrenzten Fälle von spasmodischer Dyspnoe, bei denen andere Störungen — und zwar gewöhnlich nasale — ebenso prominent waren, wie der asthmatische Zustand.

Watson Williams hat nach Entfernung der polypoiden Schleimhaut der mittleren Nasenmuschel in einem Fall Asthma und paroxysmales Niesen heilen sehen. Da er an die Theorie der Contraction der kleinen Bronchien glaubt (welche durch die Thatsache gestützt ist, dass die Dyspnoe exspiratorischer, nicht aber inspiratorischer Natur ist), so nimmt er an, dass zwischen den oberen und unteren Luftwegen eine innige pathologische Beziehung besteht, ebenso wie beider normale Bewegungen eng zusammenhängen (Beweis: die Thätigkeit der Nasenflügel).

In seinen eigenen Fällen brachte die Entfernung von Polypen und deutlich hypertrophischen Nasenmuscheln recht oft eine mehr oder weniger prolongirte Besserung oder sogar vollständige Beseitigung der Asthmaanfälle zu stande. Er hält es jedoch für wahrscheinlich, dass die krankhaften nasalen Veränderungen, welche er so oft im Verein mit Asthma fand, häufiger die Folge als die Ursache des Asthma gewesen sind. Nichtsdestoweniger unterstützt die intranasale Behandlung oft die übrigen therapeutischen Massnahmen.

Theodore Williams erlebte in einem Falle nach Beseitigung von Polypen volle Heilung des Asthma. Von grossem Nutzen ist das Jodkali (3mal täglich 0,4—0,6) mit Strammonium oder Belladonna. Da wo diese Mittel versagen erreicht man oft durch comprimirte Luftbäder eine Besserung.

W. Permewan hält das Wort „geheilt“ für einen nicht correcten Ausdruck. In der Mehrzahl der Fälle war die Besserung recht erheblich. Die intranasale Behandlung leistet unverkennbare Dienste.

Sir Felix Semon fragt, wie lange diese anhalten.

Permewan entgegnet: Solange bis sich die Nothwendigkeit herausstellt für weitere intranasale Behandlung. Die häufigste nasale Complication gaben die

Polypen ab. In der Ueberzeugung aber, dass das Asthma nasalen Ursprungs ist, hält er die Behandlung der Nase auch dann für gerechtfertigt, wenn er objectiv in derselben nichts auffinden kann. Welches auch die wissenschaftlichen Ansichten bezüglich des Verhältnisses von Ursache und Wirkung hier sein mögen, das eine kann sicherlich keinem Zweifel unterliegen, dass die nasale Behandlung vom praktischen Gesichtspunkt aus angezeigt ist.

Dundas Grant hat wiederholt gesehen, dass der Act der intranasalen Behandlung für einige Zeit den Zustand verschlimmert, schliesslich aber doch zur Heilung führt. Er konnte eine beträchtliche Anzahl von Fällen beobachten, in denen das Bronchialasthma nach einer nasalen Behandlung total verschwand; dies ist um so natürlicher, als man bedenken muss, dass nur eine bestimmte Klasse von Patienten dazu kommt, einen Nasenspecialisten zu consultiren. Nichtsdestoweniger ist stets eine Allgemeinbehandlung nothwendig. Ein werthvolles Hilfsmittel bei Gichtkranken hat er im Natrium salicylicum gefunden.

Nach Application des Galvanocauters wendet Redn. Acidum trichloraceticum an. Antipyrin in 4proc. Lösung ist sehr nützlich als Spray; vorher wird Eucain angewandt. Ein Spray von Glycerin-Nebennierenextract erwies sich oft als werthvoll zur Verringerung der Turgescenz der Nasenschleimhaut.

Clifford Beale entsinnt sich eines Falles, in dem fast das ganze Naseninnere von Zeit zu Zeit chirurgisch behandelt wurde, das Asthma aber regelmässig nach einer temporären Heilung wiederkehrte. Oft ist die Ursache des Asthmas im Herzen zu suchen und er erinnert sich an 4 Fälle, in denen die blosse Ruhe das Asthma beseitigte. Einer jeden chirurgischen Intervention sollte der sichere Nachweis vorangehen, dass die Quelle für die Reizung in der Nase liegt.

William Hill glaubt, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle, in denen Asthma mit Erkrankungen der Nase vergesellschaftet ist, durch nasale Behandlung ein erheblicher Grad von Heilung zugesichert werden kann. Nur halbe chirurgische Maassnahmen aber sind schlimmer als gar keine, da sie nicht bloss ohne Wirkung sind, sondern auch diesen Zweig der Chirurgie in Misscredit bringen. Alle chirurgischen Maassnahmen bei Asthmatikern sollten deshalb sehr gründlich ausgeführt werden.

Sir Felix Semon giebt einen kurzen historischen Rückblick auf die ganze Frage, und verweist auf die Fälle, in denen nach Abtragung von Nasenpolypen Heilung oder Besserung eingetreten ist mit dem Wiedererscheinen der Polypen aber das Leiden von neuem sich einstellte. Diese Fälle bewiesen ganz evident, dass das Asthma von der Nase aus ausgelöst werden kann. Vollkommen deutlich war dieser Zusammenhang aber nur in seinen Polypenfällen, doch selbst in diesen Fällen wurde, wenn das Asthma lange bestanden hatte, nur äusserst selten ein befriedigendes Resultat erzielt. Redn. war niemals im Stande durch intranasale Reizung einen Asthmaanfall auszulösen und nur einmal sah er einen paroxysmalen Husten auftreten. In prognostischer Hinsicht sind die Schwierigkeiten sehr gross. Bedenkt man die enorme Anzahl von Fällen, welche seit Hack's Publication chirurgisch in der Nase behandelt wurden, so ist die spärliche Zahl der Fälle bemerkenswerth, in

denen selbst die wärmsten Verfechter jener Methode eine Heilung oder langdauernde Besserung erzielt haben! Solche Fälle, bei denen man überhaupt kein Resultat erhält, werden im Allgemeinen nicht publicirt. Nach seiner Erfahrung sind das die am häufigsten vorkommenden. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen ein:

a) In solche, bei denen der Erfolg ein dauernder ist — ein verschwindend geringer Procentsatz.

b) In Fälle, bei denen temporäre Besserung erfolgt — ein relativ grosser Procentsatz.

c) In solche, bei denen gar kein Erfolg zu verzeichnen ist — ein sehr grosser Procentsatz. —

Zu welcher dieser 3 Gruppen im gegebenen Falle ein Patient zählen wird, lässt sich unmöglich vorher bestimmen. Deshalb schiebt Redn. gewöhnlich dem Pat. selbst die Entscheidung zu, indem er ihm sagt, dass die nasale Behandlung zwar gerechtfertigt, aber nur ein Versuch („experimental") sei.

St. Clair Thomson will Semon's 3 Gruppen noch eine vierte hinzugesetzt wissen, nämlich die, welche durch die intranasale Therapie mehr oder weniger erheblich geschädigt wird. Er hat nicht wenige Patienten gesehen, welche vergeblich sich bemühten, ihre zerstörte Nasenschleimhaut wieder zu bekommen.

Lambert Lack hält die unzweifelhaft häufige Beziehung zwischen Asthma und Nasenerkrankung nicht für einen einfachen Reflexvorgang. Er hat noch nie einen Fall angetroffen, bei dem die Berührung mit der Sonde genügt hatte, einen asthmatischen Anfall auszulösen, während doch Husten auf diese Weise recht häufig hervorzubringen ist. In einem Falle von alter Gicht und Asthma sah Redn. das letztere nach Entfernung von Adenoiden 18 Monate fortbleiben. Nach $1^1/_2$ Jahren traten neue Asthmaanfälle auf und die Untersuchung ergab, dass die Adenoiden recidivirt waren. Eine zweite Operation hatte dauernde Heilung des Asthmas zur Folge.

Der Vorsitzende nimmt zwischen den vorgebrachten extremen Anschauungen eine mittlere Stellung ein. In einem wesentlichen Theile der Fälle wird seiner Meinung nach durch intranasale Eingriffe beträchtliche und dauernde Besserung erzielt. Er entsinnt sich eines Falles, in dem die Pat. nach Entfernung von Nasenpolypen jetzt bereits seit Jahr und Tag von ihren Asthmaanfällen frei geblieben ist.

Percy Kidd hält es für rathsam, bei objectiv wahrnehmbarer Erkrankung in der Nase diese zu behandeln, die Unsicherheit dieser Behandlung dem Patienten aber stets vorher klar zu machen.

Mc. Bride hält die mitgetheilten Fälle von Asthma mit Adenoiden nicht für einwandsfrei, indem die Athemenge durch locale Ursachen bedingt zu sein scheint. Einen echten Fall dieser Art hat er selbst in seinem Vortrag erwähnt.

Asthma kann eben so wenig wie Epilepsie als „geheilt" betrachtet werden, so lange der Patient lebt. Er selbst hat eine ganze Reihe von Fällen beobachtet,

in denen die locale Behandlung grossen Nutzen brachte. Einen Anfall nach Sondirung der Nase hat er nie gesehen.

Bezüglich der Bemerkung Lack's über die mögliche Reizung eines Asthmacentrums erinnert er an die Versuche von Lazarus und Sandmann, in denen die Reizung der Nase einen Krampf der Bronchien auslöste, welcher nach Durchschneidung der Vagi aufhörte. Ernest Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Die durch Versetzung des Prof. O. Chiari in das Allgemeine Krankenhaus erledigte Stelle eines Vorstandes der laryngologischen Abtheilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik ist dem Docenten Dr. Johann Koschier übertragen worden.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der Amerikanischen laryngologischen Vereinigung.

Der Secretär der Amerikanischen laryngologischen Vereinigung, Dr. James E. Newcomb, theilt uns officiell mit, dass bei der vom 1.—3. Mai dieses Jahres in Washington abgehaltenen Sitzung der Vereinigung die einstimmige Ansicht der Versammlung dahin abgegeben worden sei, dass bei künftigen Veranlassungen die Trennung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie eine volle und complete sein solle.

Programm und Tagesordnung der Section für Rhinologie und Laryngologie des XIII. Internationalen Medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Abgeschlossen am 14. Juni 1900.)

Programme des Fêtes qui seront offertes à MM. les Membres du XIII. Congrès International de Medecine.

2. Août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3. Août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

5. Août, réception des Membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

8. Août, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux Membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'Organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil Municipal de Paris.

En outre des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des Sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et soeurs de MM. les Membres du Congrès.

Un Comité des Dames est organisé pour la réception des femmes, filles et soeurs de MM. les Membres du Congrès.

Faculté de Droit. — Amphithéâtre No. 3. (Rue St. Jacques V. Arrondissement.)

Comité d'organisation de la section.

Président: M. Gouguenheim, 73 Boulevard Haussmann.
Secrétaire: M. Lermoyez, 20bis rue La Boétie.
Membres: MM. Cartaz, de Paris, Chatellier, de Paris, Garel, de Lyon, Luc, de Paris, Martin, de Paris, Moura, de Paris, Moure, de Bordeaux, Poyet, de Paris, Ruault, de Paris.

Ordre du jour.

1. Séance. Vendredi, 3. Août 1900, de 9 h. à midi.

Rapports: Diagnostic du cancer du larynx. Par Prof. B. Fraenkel, de Berlin, Prof. M. Schmidt, de Francfort.

Communications: Prof. Navratil, de Budapest: Traitement du sclérome des voies respiratoires.

Hellat, de St. Pétersbourg: Ueber ein pathognomisches Symptom der condylomatösen Syphilis der oberen Luftwege. (Sur un symptome pathognomonique de la syphilis des voies aériennes supérieures.)

Jobson Horne, de Londres: The larynx considered as a site of primary infection in tuberculosis and other diseases. (Le larynx considéré comme le siège de l'infection primitive dans la tuberculose et les autres maladies.)

2. Séance. Vendredi, 3 Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: Prof. V. Cozzolino, de Naples: La tuberculosi della laringe in rapporto col sanatorio d'altitudine e marittimo. (La tuberculose du larynx en rapport avec le sanatorium d'altitude et maritime.)

R. Botey, de Barcelone: Pathogénie et traitement de la paresthésie du larynx.

L. Vacher, d'Orléans: Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose laryngée.

Lenhardt, du Hàvre: La dysphagie dans la tuberculose laryngée.

S. Bernheim, de Paris: La tuberculose primitive du larynx.

Escat, de Toulouse: Manoeuvres externes appliquées aux tubages difficiles.

M. Boulay, de Paris et J. Boulai, de Rennes: Rétrécissement laryngé traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis 16 ans. Décanulement.

3. Séance. Samedi, 4. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Pathogénie et traitement de l'ethmoidite suppurée. Par M. Hajek, de Vienne, T. H. Bosworth, de New-York.

Communications: Prof. Onodi, de Budapest: Contribution à l'étude des sinus de la face avec présentation de pièces.

H. Luc, de Paris: Du catarrhe douloureux à répétition du sinus frontal.

Captas, de Constantinople: Contribution à l'opération radicale des sinusites compliquées chroniques.

4. Séance. Samedi, 4. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: K. Kasparianty, de Moscou: Sur le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire par palpation, et la méthode endo-nasale de l'opération du sinus maxillaire (méthode de l'auteur).

G. Laurens, de Paris: La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie orbitaire.

Suarez de Mendoza, de Paris: Emploi méthodique des fraises, trépans, sues, forêts, brosses (en usage en chirurgie dentaire) actionnés par le tour de White on par le moteur électrique dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face.

L. Vacher, d'Orléans: Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaire et ethmoidales.

Lovemberg, de Paris: Pseudo-ozène à sarcines.

J. Cousteau, de Paris: Emphysème pulmonaire par insuffisance nasale expérimentale.

5. Séance. Lundi, 6. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Indications, technique et résultats de la thyrotomie. Par Sir Felix Semon, de Londres, Schmiegelow, de Copenhague, Goris, de Bruxelles.

Communications: Gouguenheim, de Paris et Lombard, de Paris: Indications opératoires dans le cancer du larynx.

Prof. Gluck, de Berlin: La chirurgie moderne du larynx.

A. Courtade, de Paris: Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale.

6. Séance. Mardi, 7. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Rhinites spasmodiques et leurs conséquences. Par Prof. Masini, de Gènes, Alexandre Jacobson, de St. Petersbourg.

Communications: Lermoyez, de Paris, et Mahu, de Paris: Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud.

Mounier, de Paris: Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza périodique et apériodique. Déductions thérapeutiques 11 observations.

Suarez de Mendoza, de Paris: Un cas de vertige nasal du à l'étivitesse congénitale des fosses nasales, guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de cloison épaissie.

7. Séance. Mardi, 7. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: Moure, de Bordeaux: Traitement des déviations de la cloison du nez par un nouveau procédé.

Baratoux, de Paris: Traitement des malformations congénitales et acquises du nez.

Texier, de Nantes et Bar, de Nice: Quelques observations du tuberculose nasale.

Dessaux, d'Angers: Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur simulant une tumeur maligne du nez.

E. Doyen, de Paris: L'extirpation rapide des polypes naso-pharyngiens.

M. Scheier, de Berlin: Ueber den Blutbefund bei Hypertrophie der Rachenmandel. (De l'examen du sang dans l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.)

R. Botey, de Barcelone: Fausses hémoptysies d'origine naso-pharyngienne.
P. Lacroix, de Paris: Traitement de la pharyngite nasale chronique par les vapeurs médicamenteuses.
C. Savoire, de Paris: Du traitement des pharyngites chroniques.

8. Séance. Mercredi, 8. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Les nodules vocaux. Par Prof. Chiari, de Vienne, Prof. Krause, de Berlin, Capart, de Bruxelles.

Communications: J. Garel, de Lyon et Bernard, de Lyon: La laryngite nodulaire.
Clarence C. Rice, de New-York: The peculiar laryngeal affections seen only in singers and public speakers and their reasonable treatment. (Les affections du larynx spéciales aux chanteurs, aux orateurs, et leur traitement rationnel.)
Moura, de Paris: Timbre de la voix.
Escat, de Toulouse: Des arthrites laryngées.

9. Séance. Mercredi, 8. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: J. Mount-Bleyer, de New-York: Voice pictures on the wonders of sound and force. Their production. Their photography. (Images vocales des merveilles du son et de la force. Leur production, leur photographie.)
Prof. Breitung, de Cobourg: Ueber phonographische Stimmprüfung. (L'épreuve phonographique de la voix.)
Lermoyez, de Paris: Le larynx des hémiplégiques.
Hellat, de St. Pétersbourg: Salivatio psychica. (Salivation psychique.)
C. Chauveau, de Paris: Paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoidien et du trapèze du même côté; anesthésie du voile du palais: troubles de la déglutition et hypersécrétion.

10. et dernière séance. Jeudi, 9. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Anosmie et son traitement. Par Prof. Heymann, de Berlin, Prof. Onodi, de Budapest.

Communications: Hellat, de St. Pétersbourg: Tonsillitis streptothricia, seu streptomycosis tonsillarum. (Amygdalite due au streptothria.)
C. Chauveau, de Paris: Un cas de leucocythémie amygdalienne.
R. Botey, de Barcelone: Du pôle supérieur de l'amygdale et de la fenêtre supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. Extirpation de la moitié supérieure de l'amygdale comme traitement efficace préventif.
Moura, de Paris: Présentation du bocalrhine et de l'inhaleur Moura.
Mahu, de Paris: Présentation d'instruments.
R. Botey, de Barcelone: Présentation d'instruments; canules à trachéotomie; couteaux annulaires; pinces et anses galvaniques pour la séparation de l'entrésinté supérieure de l'amygdale.
Suarez de Mendoza, de Paris: Présentation d'instruments.
A. Courtade, de Paris: Présentation d'instruments.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, August. 1900. No. 8.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Allgemeines etc.

1) **Redact. Notiz. Erkältungen. (Colds.)** *Journal American Medical Associat. 4. November 1899.*

Eine Reihe von Verordnungen für die nasalen und laryngealen Erscheinungen bei Erkältungen. EMIL MAYER.

2) **George H. Thompson. Einige Bemerkungen über Catarrh. (Some remarks on catarrh.)** *Vermont Medical Monthly. September 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

3) **W. Scheppegrell. Die Wichtigkeit der frühen Erkennnng und Behandlung catarrhalischer Erkrankungen. (The importance of the early recognition and treatment of catarrhal diseases.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1899.*

S. führt aus, wie nöthig es für den ärztlichen Praktiker ist, die Katarrhe der oberen Luftwege früh zu erkennen und zu behandeln. EMIL MAYER.

4) **A. S. Barnes. Rasche Methode zur Heilung von Erkältung. (Quick method to cure a cold in the head.)** *Interstate Med. Journal. October 1899. N. Y. Med. Journal. 2. December 1899.*

B. sorgt durch ein heisses Bad und Pilocarpin für starken Schweiss und giebt $^3/_4$ Std. später 0,0006 g Atropin. Ausserdem 2stündl. 1 Kapsel nach folgendem Recept: Rp. Phenacetin 1,08
Salol 2,16
Coffein. citric. 0,24
M. Div. in Capsul. XII.

(Diese heroische Methode bezeichnet der Verf. als ganz sicher! Ref.)

EMIL MAYER.

5) **W. J. Brokau. Die rationelle Behandlung catarrhalischer Zustände mit den sinusoidalen und anderen electrischen Strömen. (The rational treatment of catarrhal conditions with the sinusoidal and other electric currents.)** *Cleveland Journal of Medicine. October 1899.*

B. empfiehlt den Gebrauch der verschiedenen elektrischen Ströme bei hypertrophischen und atrophischen Processen und berichtet über seine ausserordentlich günstigen Resultate. Einen Fall von Adenoiden heilte er durch diese Methode nach 1jähriger Behandlung.

EMIL MAYER.

6) **Rosa Engelmann. Membranöse Tonsillitis und Pharyngitis bei Influenza. (Membranous tonsillitis and pharyngitis of influenza.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. August 1899.*

Verf. legt die Nothwendigkeit sowohl der frühen, wie der späten culturellen Prüfung der Membranen dar.

EMIL MAYER.

7) **E. Feindel** und **P. Froussard. Roseolen in einem Falle von Influenza. (Rose spots in a case of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Nov. 1899.*

Der Fall war typhusverdächtig und das Erscheinen der Roseola steigerte die diagnostischen Schwierigkeiten. Nach dem ganzen Verlauf entschieden sich die Verff. aber doch für die Diagnose Influenza, um so mehr, als zwei Agglutinationsproben, die eine während der Höhe der Krankheit, die andere in der Reconvalescenz vorgenommen, negativ ausfielen.

LEFFERTS.

8) **Mabel J. Austin. Endocarditis und Influenzabacillus. (Endocarditis and bacillus influenzae.)** *Bulletin of the John Hopkins Hospital. October 1899. N. Y. Med. News. 16. December 1899.*

A. wies in 3 letalen Fällen von Influenza auf dem Endocard einen Bacillus nach, der morphologisch durchaus die Züge des Influenzabacillus trägt; die Züchtung gelang leider nicht, so dass die Identität nicht absolut erwiesen ist.

LEFFERTS.

9) **Chaveau. Influenza und Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Influenza and post-nasal adenoids.)** *N. Y. Med. Journal. 11. November 1899.*

Mit ihren vielen Gefahren, Complicationen und Folgeerkrankungen ist die Influenza eine der peinlichsten Infectionskrankheiten. Um so mehr ist der einzige Nutzen hervorzuheben, den sie bisweilen bringt, d. i. das schnelle Verschwinden adenoider Wucherungen nach Influenza. Ch. berichtet über mehrere derartige Beobachtungen.

LEFFERTS.

10) **Nil Filatow. Protrahirte und chronische Formen von Influenza. (The protracted and chronic forms of influenza.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Verf. beschreibt gewisse Formen von Influenza, die 6 Wochen bis 3 Monate und länger dauern. Dieselben greifen die befallenen Personen ausserordentlich an, trotzdem das Fieber gewöhnlich nicht hoch ist. Das Krankheitsbild ist dem der Malaria ähnlich, indem das Fieber meist zu bestimmten Stunden des Tages eintritt. Anfangs ist auch an Typhus zu denken, später an Miliartuberculose. Die

mangelnde Widal'sche Reaction, der Verlauf, das Fehlen von Tuberkelbacillen, von Malariaplasmodien u. s. w. führen schliesslich zur Diagnose. LEFFERTS.

11) **Goldschmidt** (Reichenhall). **Asthma.** München 1898.

Verf. sucht das wesentliche Kennzeichen des Asthma im Athemtypus. Er stellt 4 Formen auf: Asthma epilepticum, bronchiale, chronicum, permanens. Durch eine neue Hypothese erklärt er das Asthma als einen Kampf zwischen forcirter Exspiration mit reactiver Inspiration. Dabei wirken die Asthmakrystalle als reizende Fremdkörper, während die Rolle der Curschmann'schen Spiralen noch unklar ist. Für die Entstehung des Einzelanfalls giebt es keine plausible Theorie.

Neu ist auch der Hinweis auf das Verhalten des Asthmatikers gegen Fieber, welches stets ein Verschwinden des Asthmas zur Folge haben soll, sowie auf den Umstand, dass Verf. niemals Cyanose während des Anfalles sah, trotz ausgeprägten subjectiven Erstickungsgefühls. SALOMON (ZARNIKO).

12) **Floret. Asthma. (Asthma.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Heroin. hydrochl. 0,1
Aq. amygdal. amar. 20,0
M. D. S. 15—20 Tropfen z. n.

oder:

Heroin. 0,15
Extr. Gentianae 2,0
Pulv. Glycyrrh. 9,5
Fts. pil. No. XXX. S. 1 Pille z. n. LEFFERTS.

13) **Fred. A. Packard. Urticaria der Schleimhäute, speciell in Verbindung mit Asthma. (Urticaria of the mucous membrane, especially in connection with asthma.)** *Archives Pediatrics. October 1899.*

In 2 Fällen, die er selbst beobachtet hat, und in 34 Fällen, die er der Literatur entnimmt, constatirt Verf. einen engen Zusammenhang zwischen Urticaria der äusseren Haut und Symptomen seitens der Athemwege. EMIL MAYER.

14) **Riegel. Ueber die Behandlung des asthmatischen Anfalles.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1899.*

R. empfiehlt, um die Erregbarkeit des Vagus herabzusetzen, subcutane Atropininjectionen, welche in vielen Fällen den Anfall sofort coupiren.

SCHECH.

15) **Winckler** (Bremen). **Ueber Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege.** *Bresgen's Sammlung. Bd. II. Heft 1.*

Ehe man von eigentlicher Berufskrankheit spricht, ist zu prüfen, wie weit andere Verhältnisse in Betracht kommen, z. B. früher vorhandene Verdickung des drüsigen Rachenringes, mangelhafte Hautpflege und Ernährung, ungleichmässige Muskelarbeit, Erkältungen, Wohnungsverhältnisse. Sieht man von diesen Verhältnissen ab, so sind die Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege der Einwirkung schädlicher Stoffe zur Last zu legen. Diese kommen zur Einwirkuug meist in Gas- oder Staubform. Verf. bespricht unter eingehender Schilderung der ein-

zelnen Betriebe und der Krankheitserscheinungen die gasförmigen Verbindungen des Arsens, Schwefels, Phosphors, Quecksilbers, Sublimats, der Salpetersäure, des Ammoniaks, einzelner Chlorverbindungen, sowie solche des Jods, Broms, Selens, Fluorwasserstoffes, einzelner organischer Säuren. Dieselben rufen theils schwere Allgemeinerscheinungen, theils örtliche Krankheiten der Luftwege hervor. Ebenso kommen in einzelnen Gewerben complicirte chemische Verbindungen schädlicher Natur vor, wie z. B. die aus dem Aethyl-Alkohol entstehenden Amylverbindungen.

In Staubform kommen in Betracht die verschiedensten Stoffe aus dem Mineralreich (alle möglichen Erze, Ziegel, Kalk, Cement etc.), Pflanzenstoffe (Getreide, Mehl, Baumwolle). Bei der Verarbeitung thierischer Stoffe liegt die Gefahr der Uebertragung bacillärer Krankheiten durch den Staub nahe, und ebenso sind die in einzelnen Betrieben vorgekommenen Erkrankungen durch Schimmelstaub zu erwähnen.

SALOMON (ZARNIKO).

16) **Fink** (Hamburg). **Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen.** *Bresgen's Samml. Bd. II. Heft 2 u. 3.*

Nach kurzem historischen Rückblick bespricht Verf. zuerst die Symptome des Primäraffects der Nase, des Rachens und Kehlkopfes und danach, in gleicher Reihenfolge geordnet, die secundären und tertiären luetischen Affectionen des genannten Gebiets. Eine gesonderte Besprechung erfahren die Stimmbandlähmungen syphilitischen Ursprungs. Den Schluss der Abhandlungen bildet die Erörterung der Therapie.

REIMERS (ZARNIKO).

17) **Eugene S. Yonge. Bemerkungen über die Syphilis der oberen Luftwege. (Some remarks on syphilis of the upper air passages.)** *Medical Brief. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

18) **Th. S. Flatau. Hysterie und ihre Beziehungen zu den oberen Luftwegen und zum Ohr. (Hysteria and its relations to the upper air-tract and the ear.)** *Laryngoscope. November 1899.*

Eine Zusammenstellung aller hysterischen Affectionen dieser Theile.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Jacob. Missbildung der Nasenscheidewand beim Fötus. (Malformation de la cloison nasale chez le foetus.)** *Société anatomique. 1. December 1899.*

Man hat bisher das Vorkommen von Septumverbiegungen beim Fötus geleugnet. J. legt Präparate vor, die das Vorkommen derselben erweisen. Dieselben scheinen mit dem Vorhandensein des Jacobson'schen Organs in Zusammenhang zu stehen.

PAUL RAUGÉ.

20) **Thos. J. Harris. Ein Fall von Necrose des Septums mit excessiver Krustenbildung. (A case of necrosing of the septum with excessive crusting.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche. EMIL MAYER.

21) **Eiler** (Beerfelden). **Sarcom der Nasenscheidewand.** Dissertat. Würzburg. 1899.

In dem ersten Falle (31jährige Frau) fehlten die für Sarkom charakteristischen Blutungen vollkommen, es hätte dem Aussehen nach die Geschwulst für eine tuberculöse gehalten werden können, doch fehlten die auf der Oberfläche eingestreuten miliaren Knötchen und der Nachweis von tuberculösen Granulationen, Riesenzellen, Tuberkelbacillen. Operation des als Rundzellensarkom sich erweisenden Tumors, aber nach 6 Wochen Recidiv. Im zweiten Falle (35jähr. Dienstknecht) konnte nur ein Stückchen zur histologischen Untersuchung (kleinzelliges Rundzellensarkom) entnommen werden. Operation verweigert. SEIFERT.

22) **Jonathan Wright. Bemerkungen zur Pathologie der Nasenscheidewand. (Remarks on the pathology of the nasal septum.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1899.*

Verf. bespricht die Verbiegungen und Spinen; er bezeichnet sie als pathologische Zustände, als Folge der aus entzündlichen Processen resultirenden Ueberernährung. Alle sitzen im knorpligen Septum am sogen. Locus Kiesselbachii; sie haben weder mit Ueberentwicklung, noch mit Entwicklungshemmung etwas zu thun, noch auch mit dem hohen Gaumen. EMIL MAYER.

23) **A. Malherbe. Neues Verfahren zur Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen durch Zerstückelung. (Nouveau procédé de traitement des déviations de la cloison nasale par le mercellement.)** *Bullet. de Laryngologie. Juni 1899.*

Das Verfahren ist ausschliesslich für Missbildungen des knorpeligen Septums anwendbar, sowohl für die einfache Verbiegung desselben, wie für die Verdickung und Spinenbildung. Der Verf. rühmt dem Verfahren, das er unter Bromaethylnarkose übt, nach, dass es schmerzlos ist, wenig Blutung verursacht und ebenso schnell, wie einfach ausführbar ist. E. J. MOURE.

24) **Wm. Bayard Shields. Die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre operative Behandlung. (Deviations of the nasal septum and its operative treatment.)** *Medical Mirror. Juli 1899.*

Ein Artikel voll von Irrthümern und offenbar ohne eigene Erfahrung und schnell geschrieben. EMIL MAYER.

25) **E. Baumgarten** (Budapest). **Das Schleich'sche Verfahren bei der Operation der Septumverbiegungen und Leisten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. p. 359. 1899.*

Die Arbeit ist vom Verf. bereits anderweitig publicirt und im Centralblatt (dieser Band, H. 4, S. 174) referirt worden. F. KLEMPERER.

26) **Edwin Pynchon. Ein neuer Nasenmesser für das Septum. (A new nasal septometer.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Beschreibung des Instrumentes.

EMIL MAYER.

27) **Redact. Notiz. Verbiegungen des knorpligen Septums. (Deviations of the cartilaginous septum.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1899.*

Nach kurzer Erwähnung der verschiedenen Operationsmethoden kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass vor allen die Asch'sche Methode den besten Heilerfolg verspricht und allen praktischen Zwecken genügt. Für die einfachen Fälle reicht auch die Bosworth'sche Methode bis zu einem gewissen Grade aus.

EMIL MAYER.

28) **Thomas C. Evans. Verbiegungen des Nasenseptums. (Deflections of the nasal septum.)** *North Carolina Medical Journal. 5. August 1899.*

Verf. führt die Asch'sche Operation aus, deren Erfolge seine kühnsten Erwartungen übertroffen haben.

EMIL MAYER.

29) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Deviation der Nasenscheidewand mit Operation. (Two cases of deviation of the septum nasi and operation for their relief.)** *Australasian Med. Journal. 1899.*

Fall 1, ein 23jähriger Mann, dessen linke Nasenseite nahezu verschlossen war. Asch'sche Operation; zuerst mit Nosophengaze tamponirt, später Lake's Gummischienen eingelegt. — Fall 2, ein 16jähr. Knabe, operirt nach Watson; Tamponade mit Nosophengaze. Das Resultat in beiden Fällen sehr befriedigend.

A. J. BRADY.

30) **R. C. Myles. Ein Fall zur Illustration der Gleason'schen Operation bei Nasenscheidewandverbiegung. (A case illustrating the Gleason operation for deflected septum.)** *Laryngoscope. August 1899.*

In dem Falle, den M. vorstellt, hatte der Eingriff nicht ganz 2 Minuten gedauert, und eine Tube war zur Nachbehandlung nicht gebraucht worden. Das Resultat war besser, als wenn eine Tube eingelegt worden wäre.

EMIL MAYER.

31) **Hal Foster. Behandlung gebrochener und verbogener Nasenscheidewände. (The treatment of broken and deformed nasal septa.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. September 1899.*

Frische Verletzungen heilen am besten, wenn sie sogleich in Behandlung genommen werden. Bei Deviationen ergab dem Verf. die Asch'sche Operation die besten Resultate.

EMIL MAYER.

32) **Emil Mayer. Kommen Recidive der Verbiegungen des knorpligen Nasenseptums nach der Asch'schen Operation vor? (Is there recurrence of deviations of the cartilaginous nasal septum after the Asch operation?)** *Medical Mirror. October 1899.*

In über 300 Fällen, die Verf. nach dieser Methode behandelte, sah er einmal ein Recidiv. Er stellt dies fest gegenüber einer Publication von W. B. Shields, der auf Grund von Angaben, die ihm Hajek und Müller (Wien) gemacht haben, behauptet, dass nach Asch'scher Operation Recidive vorkommen.

Autoreferat.

33) E. B. Gleason. **Behandlung der mit traumatischer Deformirung des äusseren knöchernen und knorpligen Nasengerüstes complicirten Septumverbiegung. (Treatment of deflection of the nasal septum complicated by traumatic deformity of the external bony and cartilaginous framework of the nose.)** *Philad. Medical Journal. 3. December 1899.*

G. empfiehlt seine Operationsmethode, über die im Centralblatt bereits referirt.

EMIL MAYER.

34) G. J. Ross. **Verbiegung der Nasenscheidewand. (Deviated nasal septum.)** *Canada Medical Record. December 1899.*

In einer klinischen Vorlesung über die Septumdeviationen bespricht Verf. Operationen von Bosworth, Roe, Watson und Gleason und schliesslich ausführlich die von Asch, mit der er die besten Resultate erzielte. EMIL MAYER.

35) **Otto J. Stein. Rhino-laryngologische Beobachtungen. (Rhino-laryngologic clinic.)** *The Clinical Review. December 1899.*

S. stellt 2 Fälle vor:

1. Eine cystische Hypertrophie des linken Schilddrüsenlappens mit Verdrängung des Larynx und Lähmung der Stimmbänder; infolgedessen Dyspnoe und Aphonie.

Die Geschwulst wurde excidirt; sie wog 135 g. Die Dyspnoe verschwand sofort; die Stimme bessert sich allmälig.

2. Eine Entstellung der Nase bei einem jungen Manne durch Displacirung der Nasenbeine und Deviation des Septums. Es wurde die Asch'sche Operation gemacht, und die Nasenbeine wurden an ihrer Verbindung mit dem Stirnbein gebrochen. Die Nase wurde beiderseits mit steriler Gaze vollgestopft und aussen eine Hartgummischiene angelegt. Das Resultat ist freie Athmung und eine gerade Nase.

EMIL MAYER.

36) **John T. Kyle. Behandlung der Nasenstenose durch Verbiegungen der Scheidewand mit oder ohne Verdickung der convexen Seite. (Treatment of nasal stenosis due to deflections of the nasal septum with or without thickening of the convex side.)** *Journ. Amer. Med. Association und N. Y. Medical Record. 14. October 1899. St. Louis Med. Gazette. 1899.*

Die häufigste Ursache der Verbiegung ist das Trauma. Causale Factoren sind ferner Ulcerationen des Septums oder Entzündungen, wie sie bei Kindern mit congenitaler Syphilis beobachtet werden, und Hypertrophie der Muscheln. Strumöse oder harnsaure Diathese kann zu Perichondritis und späterer Verbiegung prädisponiren. — Von den verschiedenen Operationsmethoden hält Verf. die von Asch für die geeignetste.

LEFFERTS.

37) **Burton S. Booth. Nasenstenese. (Nasal stenosis.)** *N. Y. Med. Journal. 14. October 1899.*

Der Verf., der sich als „Rhinologist, Otologist, Pharyngologist und Laryngologist to the Troy Hospital and to the Leonard Hospital" bezeichnet, schildert in überaus naiver Weise, dass er alle möglichen Methoden zur Beseitigung von Nasenscheidewandverbindungen probirt habe und alle ohne Erfolg. Auch mit der

Asch'schen Methode erging es ihm nicht besser, bis er in seiner Verzweifelung Asch aufsuchte und nun merkte, dass er die Methode und ihre Technik doch nicht richtig erfasst hatte. Seither hat er besseren Erfolg. In $2^1/_2$ Spalten schildert B. nun seine Operationsmethode, die natürlich neues nicht enthält.

EMIL MAYER.

38) **Charles N. Cox. Einige Bemerkungen über die Diagnose der gewöhnlicheren Formen von Nasenverstopfung. (Some points in ihe diagnosis of the more common forms of nasal obstruction.)** *Philad. Med Journ. 29. Juli 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

39) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Nasenstenose bei einem Kind mit hereditärer Lues. (Nasal stenosis in a child the subject of inherited syphilis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

Die Narbenstränge, welche die Nasenöffnungen verschlossen, wurden frei gespalten und durch Einlegen von Bernays' antiseptischen Schwämmen offen gehalten. H. erklärt diese Schwämme für viel geeigneter als alle anderen Tampons sowohl für diesen Zweck, wie für die Blutstillung nach Operationen etc.

A. J. BRADY.

40) **T. Price Brown. Ueber den Gebrauch von Hartgummiröhren bei der Nachbehandlung nach intranasalen Operationen. (On the use of rubber splints in the treatment following intra-nasal operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899. Canadian Practitioner and Review. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt $^2/_8$ Zoll dicke Gummischienen zum Einlegen in die Nase nach intranasalen Operationen.

EMIL MAYER.

41) **J. Rule Fritts. Verschluss der hinteren Nase mit Bericht über 2 Fälle. (Occlusion of posterior nares wiih report of two cases.)** *Medical Times. Februar 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899. American Journal of Surgery and Gynecology. Juni 1899.*

Bei einem 10jährigen Mädchen bestand ein vollständiger Verschluss der hinteren Nase dadurch, dass das Gaumenbein nach oben und hinten sich fortsetzte bis an das Keilbein. Der zweite ganz ähnliche Fall betraf einen 20jährigen Mann. Beide wurden durch Operation mit dem zahnärztlichen Bohrer geheilt.

EMIL MAYER.

42) **Pluder** (Hamburg). **Congenitales Diaphragma einer Choane und Gesichtsasymmetrie.** Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.

Verf. beschreibt ein linksseitiges congenitales knöchernes Diaphragma der Choane, verbunden mit Asymmetrie des Gesichtsschädels, welche sich nicht nur auf die Oberkiefergegend beschränkte. Der Oberkiefer, welcher nur 12 Zähne enthielt (1 Paar Molares fehlte), zeichnete sich aus durch relative Kleinheit und V-Form. Der Gaumen war hochgestellt, und die linke Seite des Gaumengewölbes verlief, statt wie rechts ausgeschweift zu sein, mehr in gerader Ebene. Am Unterkiefer war die linke Bogenhälfte mehr gerade gestreckt, kürzer als die rechte, und

stand der Medianebene näher. Auch der Unterkiefer war im Ganzen klein, und 1 Paar Molares fehlten.

Zur Erklärung dieser Entwicklungsstörung ist auf im Fötalleben einwirkende Momente zurückzugreifen, auf eine Zeit, wo auch die Entstehung des Choanendiaphragmas stattfindet. Beide abnormen Wachsthumsstörungen stehen wahrscheinlich im bestimmten Zusammenhange.

SALOMON (ZARNIKO).

43) **Heinrich Haag** (Bern). **Ueber Gesichtsschädelform, Aetiologie und Therapie der angeborenen Choanalatresie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. IX. Heft 1. 1899.*

H. untersuchte 3 Fälle von congenitaler Choanalatresie und fand bei allen drei ausgeprägten Hochstand des Gaumens. Eine tabellarische Zusammenstellung von 50 in der Literatur niedergelegten Fällen von congenitalem Choanalverschluss zeigt aber, dass der Hochstand des Gaumens nicht bei allen Fällen zu finden ist, vielmehr bei 28,6 pCt. ein normaler Gaumen constatirt wurde. Der Hochstand des Gaumens kann also nicht ohne Weiteres als Folgezustand der bestehenden Mundathmung betrachtet werden. H.'s 3 Fälle zeigen zudem ausgesprochenen leptoprosopen Typus, und der Gaumenhochstand erweist sich also lediglich als Theilerscheinung des leptoprosopen Gesichtes.

In einem der H.'schen Fälle besteht eine einseitige Gesichtshyperplasie. Diese kann nicht Folge der Nasenobstruction sein, da in dem Falle beide Choanen in ganz gleicher Weise verschlossen sind. Die Gesichtsasymmetrie ist vielmehr, gleich wie das Choanendiaphragma selbst, auf fötal einwirkende Ursachen zurückzuführen. H. sieht in dem Choanendiaphragma mit Hochstetter die persistirende und im Verlauf der Entwicklung nach hinten gerückte Membrana bucconasalis.

In zwei von H.'s Fällen waren die unteren Muscheln abnorm klein und mit grauer, dünner, höckeriger Schleimhaut bekleidet, so dass die untere Partie der Nasenhöhle trotz der Schmalheit des knöchernen Nasengerüstes auffallend weit erschien.

Das fehlende Geruchsvermögen kehrte nach Eröffnung der Diaphragmen wieder in normaler Weise zurück. Das Gehör war jedesmal normal; die Nasenverstopfung hatte also keinen schädlichen Einfluss auf das Gehörorgan ausgeübt.

Die Operation besteht nach Siebenmann in Durchstossung der Verschlussplatten mit dem Meissel und Entfernung der Fragmente mit dem scharfen Löffel und Sichelmesser, alles unter Schonung der hinteren Rachenwand durch den im Cavum retronasale liegenden Zeigefinger des Operirenden; zweckmässig ist die Resection des hinteren Septumendes, wodurch die lästige und lange dauernde Nachbehandlung durch Bougirung der Perforationsstellen erspart wird.

F. KLEMPERER.

44) **Morf** (Winterthur). **Ueber angeborenen Choanalverschluss.** Separatabdruck aus dem *Archiv f. Laryngologie. Bd. X. Heft 1. Berlin 1899.*

M. kommt bei seinem Fall von einseitigem Choanaldiaphragma genau zu demselben Befund wie die (s. v.) Arbeiten von Grossheintz, Meisser, Haag,

Siebenmann, in welchen bei über $^2/_3$ der gesammten Fälle leptoprosopische Gesichtsschädelformation festgestellt wurde.

Das Diaphragma ist schräg von unten innen nach aussen oben gerichtet, vom mittleren Drittel nach oben zu central membranös. Die Operation wurde mit dem Krause'schen Doppelmeissel, dem Trocart und dem geknöpften Messer ausgeführt. Das Geruchsvermögen stellte sich fast so gut ein, wie es auf der anderen Seite war. Der harte Gaumen war trotz der Einseitigkeit des Choanalverschlusses symmetrisch gebildet, was ebenso wie die Ergebnisse der vorcitirten Arbeiten aus der Siebenmann'schen Klinik die Körner'sche Erklärungsweise der leptoprosopischen Gaumenbildung gänzlich widerlegt. JONQUIERE.

45) **Ullmann** (Greifswald). **Zur Casuistik des angeborenen doppelseitigen Choanenverschlusses.** Dissert. Greifswald 1899.

12jähriges Mädchen aus der Klientel von Strübing, bei welchem es sich um einen beiderseitigen, vollständigen, theils knöchernen, theils häutigen Verschluss der Choanen handelte. Ausserdem lag eine leichte chronische Pharyngitis und Laryngitis mit Lähmung des Interarytaenoideus und geringer rechtsseitiger Adductorenparese vor, ferner beiderseits leichter Mittelohrkatarrh. Die Membran wurde mittelst Metallbougies durchbrochen. SEIFERT.

46) **Crull** (Rostock). **Congenitaler Verschluss der linken Choane.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

Schilderung eines Falles, bei dessen Genese vielleicht intrauterine Entzündungen eine Rolle gespielt haben. ZARNIKO.

47) **E. D. Capps. Ein Fall von vollständigem Verschluss der hinteren Nase. (A case of complete occlusion of the posterior nares.)** *Texas Medical News. October 1899.*

Der weiche Gaumen war mit der hinteren Raehenwand und dem Process. basilaris des Hinterhauptbeins verwachsen. Operation. Heilung. EMIL MAYER.

48) **Marcel Lermoyez** (Paris). **Ein Fall von systematischer Abulie. (Sur un cas d'aboulie systematisée.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 20. Januar 1899.*

L. stellt eine junge Person vor, die infolge einer congenitalen Missbildung der Nasenmuscheln von Geburt an unfähig gewesen war, durch die Nase zu athmen. Derselben wurden beide untere Muscheln resecirt und dadurch die Wegsamkeit der Nasenpassage hergestellt. Trotzdem aber fuhr die Pat. fort, ausschliesslich durch den Mund zu athmen. Sie wird cyanotisch und asphyctisch, sobald man ihr die Hand auf den Mund legt oder auch nur so thut, als ob man ihr den Mund verschliessen wollte. Es handelt sich augenscheinlich um ein psychisches Phänomen, eine systematische Abulie. Dass die Person eine Hysterica ist, braucht wohl kaum besonders gesagt zu werden. PAUL RAUGÉ.

49) **John A. Donovan. Kopfschmerz ocularen und nasalen Ursprungs. (Headache especially those of ocular and nasal origin.)** *Medical Sentinel. October 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

50) **Cohen-Kysper** (Hamburg). **Zur Aetiologie und Therapie des Asthmas.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1899.*

Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg, in welchem für das nasale Asthma eine Hyperaesthesie der Athmungsempfindung verantwortlich gemacht wird, die Reflexe werden nicht von den Endausbreitungen des Vagus ausgelöst, sondern von dessen Centrum.

SCHECH.

51) **P. Mc. Bride** (Edinburgh). **Das Asthma und seine Beziehung zu den oberen Luftwegen. (Asthma in relation to ihe npper air passages.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1899.*

Verfasser behandelt vorwiegend das nasale Asthma, verweist jedoch kurz auf die mit Läsionen anderer Theile des oberen Respirationstractus einhergehenden Formen. Es wird da zunächst auf das Heufieber hingewiesen, welches bei manchen Personen Asthma zur Folge hat. Als ein weiteres ursächliches Moment werden Nasenpolypen angeführt, wobei Verfasser die Thatsache constatirt, dass seiner Erfahrung gemäss kleine Polypen eher einen Anfall auszulösen vermögen als voluminöse Tumoren. Dieser Umstand ist vielleicht auf die grössere Beweglichkeit des ursächlichen Momentes zurückzuführen, das auf die Schleimhaut einen erhöhten Reiz ausübt. Eine dritte Gruppe von Fällen ist mit hypertrophisch-entzündlichen Zuständen und Deviation des Septum verbunden. Bisweilen ist der Sitz der Erkrankung sehr leicht auffindbar und erklärt die Behinderung der Nasenathmung; andere Male kann die Deviation so unbedeutend sein, dass wir uns schwerlich über das Zustandekommen der pathologischen Erscheinungen einen Begriff zu machen vermögen. Hier erwächst jene grosse Schwierigkeit, zu entscheiden, ob ein chirurgischer Eingriff vorzunehmen ist. Wenn dem Anfall Niesen und Nasenfluss vorangehen, dann ist die Application des Galvanocauters indicirt und zwar deshalb, weil sie die Nervenendigungen zerstört und erectiles Gewebe durch narbiges ersetzt. In einer Reihe von Fällen hat Verfasser in der Nasenschleimhaut Stellen gefunden, die, sobald man sie mit einer Sonde berührte, Hustenanfälle auslösten. Wo solche Reflexerscheinungen bestehen, sollte man sie galvanocaustisch angreifen, da ihr Vorhandensein bei Asthmatikern sicherlich eine intranasale Behandlung indicirt. Selbst in Fällen, in denen keine nasalen oder sonstigen objectiv wahrnehmbaren Symptome nachzuweisen sind, ist es möglich, dass die Anwendung des Cauters sich im Sinne eines Gegenreizes gut bewähren kann. Was nun die Prognose betrifft, so sollte man die Heilung nicht einmal nach operativem Eingriff als sicher in Aussicht stellen, da das Vorhandensein von Asthma oft von einer individuellen Prädisposition abhängen kann.

LOGAN TURNER.

52) **John Dunn. Bemerkungen über Asthma als Symptom von Harnsäure-Collämie. (Remarks upon asthma as a symptom of uric acid collaemia.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 22. September 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass der Harnsäure-Reiz auf die intranasalen Gewebe und die Bronchialschleimhaut eine ganz gewöhnliche Ursache von Asthma ist, das dann natürlich als reflectorisch zu deuten ist, und ferner dass die begleiten-

den Nasenpolypen ebenfalls eine Folge der directen und wiederholten Reizung des Ethmoidalgewebes durch die Harnsäure sind. EMIL MAYER.

53) Beaman Douglas. **Beobachtungen über die Behandlung des Heufiebers. (Observations on the treatment of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 2. September 1899.*

D. empfiehlt die interne Anwendung von getrockneten Nebennieren; die Wirkung ist nahezu specifisch. LEFFERTS.

54) Edward W. Wright. **Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1899.*

In der Therapie des Heuasthmas haben sich zwei neuere Mittel gut bewährt, das Orthoform und das Suprarenalextract. LEFFERTS.

55) Molinie. **Heufieber, Heuasthma und spasmodische vasomotorische Rhinitis. (Hay fever, hay asthma and spasmodic vasomotor rhinitis.)** *Internation. Med. Magazine. September 1899.*

Die zahlreichen Heilmittel, welche empfohlen werden, zeigen zur Genüge, dass keines in allen Fällen hilft; jeder Fall muss vielmehr speciell studirt werden, jeder folgt seinem eigenen Gesetz. EMIL MAYER.

56) Müller. **Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

M. verordnet: Menthol und Resorcin ana 3,0
Alcohol 14,0. EMIL MAYER.

57) Clark. **Die Radicalbehandlung des Heufiebers. (The radical treatment of hay fever.)** *Charlotte Med. Journal. October 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

58) King. **Die Galvanokaustik in der Behandlung des Heufiebers. (The galvano-cautery in the treatment of hay-fever.)** *Charlotte Medical Journal. October 1899.*

K. erzielte durch die galvanocaustische Behandlung in 3 Fällen Heilung, in einem 4. ausgesprochene Besserung. EMIL MAYER.

59) John Dunn. **Weitere Beobachtungen über Heufieber. (Further observations on hay-fever.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 8. December 1899.*

D. hält das Heufieber und Asthma für die Folge einer Reizung der Schleimhäute der oberen Luftwege durch Harnsäure. Mit dieser Theorie muss die medicamentöse Therapie und die Ernährung in Einklang gebracht werden. EMIL MAYER.

60) B. J. Wetherby. **Heufieber und acuter Schnupfen. (Hay fever and acute coryza.)** *Northwestern Lancet. 1. December 1899.*

Rp. Heroin. 0,06
Atropin. sulfur. 0,003

Coffein. citric. 1,0
Salophen. 5,0
M. div. in part. aequ. No. XV. d. in capsul. gelatin.

Ein erwachsener Pat. braucht nach W.'s Erfahrungen 4 Capseln pro die, um sich erträglich zu fühlen. EMIL MAYER.

61) **Julia W. Carpenter. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Heufieber. (Hay fever. Present status of the disease.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 23. December 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

62) **H. Leslie Burrell. Reflexneurosen in Folge von nasaler Verstopfung. (Reflex neuroses from nasal obstruction.)** *Western Medical Review. 15. September 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

63) **A. M. Luzzatto. Beitrag zur Histologie der Rachentonsille. (Contributo alla istologia delle tonsilla faringea ipertrofica.)** *Rivista Veneta d. scienze Mediche. 30. April 1899.*

34 Rachentonsillen wurden auf Mikroorganismen untersucht, 12 mit positivem Erfolg, jedoch fanden sich Kokken und Bacterien stets nur auf der Aussenfläche, niemals im Gewebe. In keinem Schnitt wurde der Koch'sche Tubelbacillus gefunden. dagegen zeigten 2 Präparate deutliche histologische Merkmale von Tuberkulose. Ein Meerschweinchen, das mit dem von einer dieser beiden Tonsillen stammenden Material geimpft wurde, erkrankt an einer ganz mild verlaufenden Tuberkulose. FINDER.

64) **Umberto Calamida. Ueber die Anwesenheit fuchsinophiler Körper oder blastomycetischer Formgebilde in der Rachentonsille. (Sulla presenza di corpi fuxinofili o forme blastomiceticbe nella tonsilla faringea.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 14. Juli 1899.*

In 45 Rachentonsillen hat Autor constant — wenn auch bisweilen in sehr geringer Zahl — die von Russel „fuchsinophile Körperchen" genannten und von Sanfelice als Blastomyceten gedeuteten Gebilde gefunden. FINDER.

65) **Redact. Notiz. Hyperplasie und Tuberculose der Rachenmandel. (Hyperplasia and tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *Journal of the American Med. Assoc. 2. September 1899.*

Die Tuberculose kann nicht als ein wesentlicher ätiologischer Factor für die Entstehung der adenoiden Wucherungen betrachtet werden. Eher scheint es, als ob die hyperplastische Rachentonsille zu secundärer tuberculöser Infection neigt. Jedenfalls ist die Thatsache, dass es eine Tuberculose der Rachenmandel giebt, ein Grund mehr, sie frühzeitig und gründlich zu entfernen. Besser freilich ist es, die Adenoiden in Ruhe zu lassen, als sie nur halb zu entfernen. EMIL MAYER.

66) **Pifil. Hyperplasie und Tuberculose der Rachentonsille. (Hyperplasia and tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *The Journal of Tuberculosis. Octob. 1899.*

Bei einer histologischen Untersuchung von 100 Fällen fand P. nur in einem die Zeichen von Tuberculose. Auch vom klinischen Standpunkt aus und in hereditärer Beziehung zeigten die Patienten mit Adenoiden keine grössere Disposition für Tuberculose als andere.

EMIL MAYER.

67) **G. Arslan** (Padua). **1800 Fälle von adenoiden Tumoren. (A proposito di 1800 casi di tumori adenoidi.)** *Archiv. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Turin. Vol. IX. p. 159. 1899.*

Verf. giebt eine nützliche statistische Zusammenstellung aller wichtigen Punkte, welche er an seinen zahlreichen Fällen beobachtete. Grosses Gewicht legt er auf die Beachtung des Nasenrachenraums bei Otitis, da selbst die kleinsten Tumoren ausreichen können, diese Affection hervorzurufen. Verf. berichtet über 10 Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen er die Symptome dieses Leidens auf Adenoide zurückführt. Bei fünf Patienten gingen die Erscheinungen nach Entfernung der Vegetationen vollständig zurück. Besonders interessant ist der Fall eines 7jährigen Kindes mit Jackson'scher Epilepsie, welches vor vier Jahren durch Adenotomie ganz geheilt wurde. Zur Narcose gebraucht er in den meisten Fällen Bromäthyl.

JAMES DONELAN.

68) **G. Garbini** (Messina). **Hypertrophie der pharyngealen Tonsillen (adenoide Vegetationen) in den Provinzen von Messina und Reggio Calabria. (L'ipertrofia dell'amigdala faringea [vegetazioni adenoidi] nelle provincie di Messina e di Reggio Calabria.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laringologia.*

G. vergleicht die Zahl der Fälle von Adenoiden bei Kindern unter 15 Jahren in diesen Provinzen mit denen anderer Landestheile. Er findet, dass sie 5 pCt. aller seiner Patienten mit Schlund-, Nasen- und Ohrenleiden ausmachen und dass jedes 20. Kind unter 15 Jahren in den oben erwähnten Provinzen an Adenoiden leidet.

JAMES DONELAN.

69) **George A. Leland. Verstopfung der nasalen Athmung, einschliesslich adenoider Vegetationen. (Obstructed nasal respiration, including adenoid vegetations.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. October 1899.*

In einem gründlichen Artikel stellt L. die verschiedenen Ursachen der gestörten Nasenathmung zusammen. Bezüglich der Adenoiden sagt er, dass nach ihrer Entfernung unter Aethernarkose in 3—4 pCt. Recidive eintreten. Der jüngste Patient, den er unter Aethernarkose operirte, war 11 Monate, der älteste 34 Jahre.

EMIL MAYER.

70) **O. Hewelke. Ein Fall von Abscess der Luschka'schen Tonsille. (Przypadek rofnia migdatka gardzielowego.)** *Kronika lekarska. No. 21. 1899.*

17jähriges Mädchen wurde in das Krankenhaus wegen eines seit einigen Tagen bestehenden Halswehs aufgenommen. Patientin, die bei der Aufnahme fieberte, klagte heftig über Frostgefühl und schmerzhafte Empfindung bei recht-

seitiger Kopfbewegung. Das Leiden entwickelte sich allmälig im Laufe der letzten 6 Tage; früher war die Pat. stets gesund gewesen. Objectiv waren im Pharynx wie auch in den anderen Halsorganen keine Veränderungen nachweisbar. Das Leiden machte den Eindruck einer Torticollis rheumatica. Im Laufe der nächsten 6 Tage hatte Patientin hochgradiges Fieber (39—40^{0}) und es entwickelte sich rasch ein soporöser Zustand; letaler Ausgang am sechsten Tage des Hospitalaufenthalts. Die ganze Zeit bestand ein schmerzhaftes Gefühl bei Berührung der Gegend der Processus transversi der Halswirbel. Die Milz war vergrössert.

Bei der Autopsie wurden eitrige embolische Herde in beiden Lungen constatirt als Folge eines Eiterherdes von Kirschengrösse, welcher in der Gegend der Glandula Luschkae (entsprechend der Gegend des Tuberculum pharyngeum) sich befand. Im Cavum cranii wurde secundäre Trombophlebitis des Sinus petrosus constatirt; dagegen war das Os petrosum unverändert. A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Burton S. Booth. Einige ungewöhnliche rhinologische Fälle. (Some uncommon rhinological cases.)** *Albany Medical Annals. October 1899.*

1. Ein Fall von Infection nach Entfernung von Adenoiden. Verf. entfernte bei einem Kinde unter Narkose die Adenoiden, die grossen Gaumenmandeln und eine Exostose am Septum in einer Sitzung und sandte das Kind dann heim. Es folgte eine Pneumonie, basilare Meningitis und das Kind starb. Verf. ist sicher, dass seine Instrumente steril waren; er schreibt die Complicationen einer Infection zu. (Er setzt nicht hinzu, dass es gefährlich ist, einem an sich schwachen Kinde 3 Operationen auf einmal zu machen und es dann nach Hause zu schicken. Ref.)

2. Ein Fall von Rhinolith mit Extraction des Steines.

3. Die Technik der Operation der Adenoiden. Verf. empfiehlt am vorgebeugten, ausgestreckten Kopfe zu operiren, darauf das Kind zu Bett zu legen u. s. w. (Dieser Rath aus dieser Quelle erscheint eigenthümlich, nachdem Verf. eben berichtet, wie er selbst diese Vorsicht vernachlässigt. Ref.)

EMIL MAYER.

72) **A. Desimoni. Beitrag zum klinischen Studium der adenoiden Vegetationen. (Contributo allo studio clinico delle vegetazioni adenoidi.)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. März 1899.*

Verf. stellt sich auf den Standpunkt Hertoghe's, dass Myxödem und Adenoidismus Abarten einer auf „Thyreoidarmuth" beruhenden Grundkrankheit sind. Er führt an, dass, während in den südlichen Provinzen Italiens das Vorkommen adenoider Vegetationen verhältnissmässig selten ist, die Zahl der damit behafteten Kinder in den nördlichen Provinzen, wo — besonders in Piemont — Myxödem und Cretinismus sehr häufig ist, eine erstaunliche Höhe erreicht. FINDER.

73) **Parmentier. Entfernte Symptome der adenoiden Vegetationen. (Symptomes éloignés des végétations adénoides.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 13. 1899.*

Adenotomie bei einer 22jährigen Person, welche an allgemeinem Schwächegefühl, an Kopfweh, Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden etc. litt, mit vollständiger Beseitigung aller Erscheinungen. BAYER.

74) **Henry Coppez. Folliculäre Conjunctivitis und adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Conjonctivite folliculaire et végétations adénoides du nasopharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. 2. 1899. La Presse Méd. Belge. No. 1. 1899.*

C. hat beinahe immer die Conjunctivalaffection mit der des Nasenrachenraums vorgefunden. Gewisse Folliculärconjunctivitiden widerstehen Allem, ausgenommen der Adenotomie. Eine tonisirende Behandlung zu gleicher Zeit ist indicirt. Mittheilung zweier Fälle. BAYER.

75) **G. Ostino. Die Hyperplasie der Rachentonsille und ihre Complicationen von Seiten des Ohres. (L'iperplasia della tonsilla faringea e le sue complicazioni auricolari.)** *Gazzetta Medica di Torino. 16. Juni 1898.*

In der Klinik Gradenigo's beträgt die Procentzahl aller im kindlichen Alter stehenden Ohrenkranken, welche adenoide Vegetationen haben 36 pCt. Bericht über 6 Fälle, in welchen nach Entfernung der Rachentonsille erhebliche Besserung des Gehörs, theilweise auch Aufhören eines vorher bestehenden eitrigen Mittelohrkatarrhs zu constatiren war. FINDER.

76) **Frank Dyer Sanger. Weiteres über die Beziehung von Adenoidwucherungen zu Ohrenaffectionen. (Additional points on the relation of adenoids to ear trouble.)** *Journal of the Alumnic Assoc. of the College of Physicians and Surgeons. Baltimore. Juli 1899.*

Die Untersuchung des Nasopharynx mit dem Finger bei der Geburt sollte nach Verf. ein allgemein gebräuchlicher und geübter Handgriff werden (!). Sonst nichts Neues. EMIL MAYER.

77) **A. T. Haight. Nasopharyngeale Adenoidmassen als ursächlicher Factor von Ohrerkrankungen. (Naso-pharyngeal adenoids as a causative factor in ear diseases.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

78) **Redact. Notiz. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *Memphis Medical Monthly. September 1899.*

Rasche Entfernung wird empfohlen. EMIL MAYER.

79) **Geo. H. Gorham. Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Adenoid growths of post-pharynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 11. November 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

80) **O. Koerner. Die Wirkung des Seeklimas und der Bäder auf Ohraffectionen und Hyperplasie der pharyngealen Tonsillen. (The action of the sea-climate and of surf bathing on aural affections and hyperplasia of the pharyngeal tonsils.)** *Archives of Otology. April-Juni 1899.*

Von 46 Fällen mit Hyperplasie der pharyngealen Tonsillen fand man die Tonsillen in 13 sehr stark, in 15 stark und in 18 mässig vergrössert. Alle Patienten nahmen während ihres Aufenthalts an der See an Gewicht zu.

EMIL MAYER.

81) **Alexander Francis** (Brisbane Queensland). **Ueber Adenoide. (Notes on adenoids.)** *Australasian Medical Gazette. 21. August 1899.*

G. theilt die Fälle in zwei Gruppen, die einen, welche die Operation unbedingt erfordern, die andern, bei denen sie nur bedingungsweise uns erlaubt ist. Zu der ersten Gruppe gehören die Kinder mit Krämpfen, dann alle schwereren Ohrenaffectionen; zur zweiten Gruppe alle anderen Fälle.

Recidive sind nach F. nicht selten. Ihr Auftreten wird um so leichter vermieden, je rascher die Rachenwunde heilt, deshalb soll man nie bei nasskaltem Wetter operiren, bei dem die postnasale Wunde schlecht heilt.

In der Discussion, die sich an F.'s Vortrag in der Medical Society of Queensland anschloss, erklärte Lockhart Gibson Recidive nach gründlicher Entfernung der Adenoiden für äusserst selten. Den Namen „Adenoide" hält er für sehr ungeeignet, es handelt sich um eine lymphoide Hypertrophie. Ein kleines Stückchen von Geschwulst in der Rosenmüller'schen Grube bedeutet für die Ohren eine viel ernstere Gefahr, als eine grosse Geschwulstmasse mitten im Nasenrachenraum.

A. J. BRADY.

82) **M. H. Garten. Vernachlässigung adenoider Wucherungen und ihre Folgen. (Adenoids neglected and some of the results.)** *Western Medical Review. 15. November 1899.*

Ein eindringlicher Mahnruf zur Beachtung und Entfernung der Adenoiden.

EMIL MAYER.

83) **D. J. Gibb Wishart. Beobachtungen über Adenoide und vergrösserte Mandeln und deren Entfernung. (Observations on adenoids and enlarged tonsils and their removal with notes.)** *Journal Americ. Medical Association. 9. September 1899. N. Y. Med. Record. 16. September 1899. Montreal und Philad. Monthly Med. Journal. October 1899.*

Bericht über 103 Operationen, 47 an männlichen und 56 an weiblichen Individuen. 2 Todesfälle, beide durch die Narkose. 16 Fälle wurden 1—3 Jahre nach der Operation wieder untersucht; 4 zeigten Recidive. Nach W.'s Meinung wird die Tonsillotomie zu häufig geübt. Von den Narkoticis bevorzugt er das Chloroform.

EMIL MAYER.

84) **P. Rudloff. Die Operation der Adenoiden unter Chloroformnarkose am hängenden Kopf. (The operation for the removal of adenoids growths with the head hanging over the table, while the patient is under the influence of chloroform.)** *Laryngoscope. October 1899.*

R. empfiehlt die Narkose und die Lagerung des Patienten in der Rose'schen Position. — Wenn die Wucherungen in den Rosenmüller'schen Gruben sitzen, muss man besonders darauf achten, die Orificien der Ohrtrompeten und die an der seitlichen Rachenwand gelegenen Carotiden nicht zu verletzen. — Recidive kommen in $3^1/_2$ pCt. der Fälle vor.

EMIL MAYER.

85) **H. Cordes. Blutung nach der Operation der Adenoiden. (Hemorrhage following the operative removal of adenoid vegetations.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Blutungen nach der Entfernung von Adenoiden können bedingt sein durch: 1. Allgemeinerkrankung — Haemophilie. 2. Herzkrankheit, spez. linksseitige Hypertrophie und Arteriosklerose. Letzteres findet nur auf Erwachsene Anwendung und kommt bei den Kindern nicht in Betracht. 3. Anomalien im Verlauf der Carotis interna. In manchen dieser Fälle findet man an der hinteren Rachenwand in der Höhe der vorderen Fläche des Atlas einen knöchernen Kamm, der die Operation erschwert. 4. Vorangehende Cocainapplication. 5. Reste der Adenoiden, die zurückbleiben; Entfernung dieser Reste stillt die Blutung. 6. Bei Frauen tritt bisweilen schwerere Blutung ein, wenn man zur Zeit der Periode operirt. 7. In manchen Fällen ist stärkere Blutung vorhanden, ohne nachweisbaren Grund.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

86) **Redact. Notiz. Der Mund als Zeichen des Charakters. (The mouth as an index of character.)** *N. Y. Med. Record. 7. October 1899.*

Eine amüsante Plauderei über den Mund der Frau, d. h. die Form und Farbe der Lippen, seine Linien und Grübchen sagen von dem Charakter der Frau mehr, als die Worte, die ihm entströmen. Der schmale Mund mit rothen Lippen, der „cupidobogenförmige" Mund hat nach der Meinung der Physiognomiker noch nie einer intellectuellen oder generösen Frau angehört. Der feste Mund mit starken weissen Zähnen spricht für superiore Intelligenz, Herzensgüte und tausend andere schöne Dinge, von denen jeder gern glaubt, dass er sie besitzt. U. s. f.

LEFFERTS.

87) **C. A. Hamann. Ludwig'sche Angina und gewisse Formen von cervicaler Eiterung. (Ludwig's Angina and certain forms of cervical suppuration.)** *Cleveland Journal of Medicine. September 1899. N. Y. Med. News. 2. December 1899.*

Diese Entzündungen nehmen ihren Ursprung: 1. von einer Infection durch die Lymphwege infolge einer Verletzung der Mund- und Rachenschleimhaut; 2. durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen. Der letztere Weg ist selten.

Die Incision muss durch die Haut und Fascie gehen; eine geschlossene Zange wird in die tieferen Gewebe eingeführt und geöffnet.

EMIL MAYER.

88) **Cocar. Beitrag zum Studium der infectiösen Phlegmone des Mundbodens (Angina Ludovici). (Contribution à l'étude du phlegmon infectieux du plancher de la bouche — angine de Ludwig.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Das Leiden entwickelt sich, wenn ein schlechter Allgemeinzustand mit einer Lokalaffection des Mundes (Stomatitis, Angina, Caries der Zähne) zusammenfällt.

Hohes Fieber, brettharte Schwellung der Regio suprahoidea, Behinderung

der Zungenbewegungen, Speichelfluss etc. sind die wesentlichsten Symptome. Die Prognose ist sehr ernst. Man muss so früh wie möglich operiren, und so werden eine oder mehrere mediane oder laterale Incisionen je nach Bedürfniss gemacht.

PAUL RAUGÉ.

89) **Tixier. Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Médecine de Lyon. 24. Juli 1899.*

Ein typischer Fall von Ludwig'scher Angina. Der 36jährige Pat. hatte eine Mandelentzündung nach Erkältung gehabt und bekam eine schmerzhafte Induration unter dem Kinn, die bald zu einer enormen Anschwellung wurde. Es trat Dyspnoe ein, die Temperatur stieg auf 40,5. Die Schwellung nahm die ganze Partie über dem Zungenbein ein, von einem Kieferwinkel bis zum anderen. Die Haut dieser Gegend war weinroth. Keine Fluctuation. Die Zunge lag unbeweglich gegen das Gaumendach gepresst.

T. machte eine enorme Incision im Halbbogen von einem Kieferwinkel zum anderen. Er durchtrennte die Gewebe, eine Lage nach der anderen, bis auf den Mylohyoideus. Erst als er diesen einschnitt, entleerte sich ein kleiner Löffel voll eines sehr stinkenden Eiters. Zwei grosse Drains wurden zu beiden Seiten der Zunge eingelegt und reichliche antiseptische Spülungen vorgenommen.

Am nächsten Morgen fiel die Temperatur auf 38,4, und der Kranke fühlte sich stark erleichtert. Nach wenigen Tagen war die Heilung vollendet.

Der Fall lehrt, dass die Phlegmone suprahyoidea ihren Sitz im Mundboden selbst hat.

PAUL RAUGÉ.

90) **Mascarel. Beitrag zum Studium der Dermoidcysten des Mundbodens. (Contribution à l'étude des kystes dermoides du plancher de la bouche.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Cysten resultiren aus dem Einfluss eines Stücks Ectoderm in den Kiemenspalten. Die Wandungen der Dermoidcysten haben dieselbe Structur, wie die äussere Haut. Ihren Inhalt bilden Trümmer von Epidermiszellen, Fettkörnchen und Fettsäurekrystalle; bisweilen findet man auch Haare.

In klinischer Hinsicht stellen diese Cysten fluktuirende Tumoren in der Medianlinie dar, die indolent sind und gleichzeitig nach der Mundhöhle zu, wie in der Regio suprahyoidea eine Hervorragung bilden. Eine Verwechslung ist möglich mit der gewöhnlichen Ranula und mit Schleimcysten. Die Operation wird meist von aussen her, seltener vom Munde aus gemacht.

PAUL RAUGÉ.

91) **A. Pick** (Wien). **Ueber Foetor ex ore.** *Wiener klin. Rundschau. No. 20. 1899.*

Zusammenstellung der zahlreichen Ursachen obiger Erscheinung mit Besprechung der Therapie. Nichts Neues.

CHIARI.

92) **Ehrsam** (Meiningen). **Ueber Substanzen, welche im Stande sind, unsere Geschmacks-Empfindung zu beeinflussen.** Dissert. Würzburg 1899.

Die Versuche an Gesunden zeigten, dass regelmässig am leichtesten der Geschmack für süss verloren geht, dann der für salzig, weniger der für bitter, gar nicht der saure.

SEIFERT.

93) **Kübel** (Tübingen). **Ueber die Einwirkung verschiedener chemischer Stoffe auf die Thätigkeit des Mundspeichels.** *Pflüger's Arch. LXXVI. 1899.*

Kochsalzlösungen derselben Concentration wirken unter sonst gleichen Bedingungen hemmend auf die Verzuckerung dünner Stärkegemische, fördernd auf die dickeren Stärkegemische.

Unter den Cl-, Br- und J-Halogenverbindungen des Na befördert die des Cl am besten, die des J am wenigsten die Verzuckerung; ebenso verhalten sich die entsprechenden Kalisalze; nur unterstützen sie durchweg die Speichelwirkung besser als jene.

Auch die schwächste alkalische Reaction wirkt unter allen Umständen hemmend auf die Verzuckerung der Stärke ein; am stärksten schädigt sie die Kalilauge, weniger die Natronlauge und noch weniger das Ammoniak.

Salzsäure, auch andere Säuren in schwachen Lösungen unterstützen die Ptyalinwirkung, stärkere dagegen hemmen sie oder heben sie auf.

A. ROSENBERG.

94) **Redact. Notiz. Gegen Ptyalismus mercurieller oder idiopathischer Natur. (For ptyalism, mercurial or idiopathic.)** *Journal American Med. Association. 2. September 1899.*

Rp. Tct. Myrrhae 30,0
Kalii chlor. 22,5
Aqu. camphorat. q. s. ad 480,0.

M. D. D. Umgeschüttelt als Mundspülwasser 2- oder 3stdl. z. gebr.

Rp. Formaldehyd (40proc. Lösung) 3,75
Thymol 0,6
Tct. benzoin. compos. 7,5
Alkohol q. s. ad 90,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in 1 Weinglas Wasser 2- oder 3stdl. zur Spülung des Mundes. Ausserdem mit dem Pinsel auf das erweichte und blutende Zahnfleisch aufzupinseln.

Oder: Rp. Kalii chlor. 0,96
Tct. ferri chlor. 9,25
Syrup. 3,75
Aqu. q. s. ad 60,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 2stündl. z. n. gegen Ptyalismus mercurialis.

Rp. Camphorae 7,5
Tct. Myrrhae 30,0
Balsam. Peruvian. 3,75
Spirit. Cinnamom. 15,0
Ol. Menth. Virid. 0,3
Ol. Carophylli 0,18
Alcohol q. s. ad 240,0.

M. D. S. Als Mundwasser 1 Theelöffel voll in 1 Weinglas Wasser 2stdl. z. gebr. Ausserdem unverdünnt auf das Zahnfleisch zu pinseln. EMIL MAYER.

95) **W. Freudenthal. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *New Yorker Medic. Wochenschrift. October 1899.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.

96) **Verchère** und **Debrigode** (Paris). **Stomatitis mercurialis bei einem nephrectomirten Patienten. (Stomatite mercurielle chez un néphrectomisé.)** *Société médico-chirurgicale. 12. Juni 1899.*

Der Patient, der früher wegen Nierentuberculose nephrectomirt worden war, rieb sich gegen Pediculi pubis graue Salbe ein und bekam eine schwere Quecksilberstomatitis. Die Schwere der Mundentzündung ist wohl durch die mangelhafte Ausscheidung des Hg beim Fehlen einer Niere erklärt. PAUL RAUGÉ.

97) **Deguy. Die diphtheroide impetiginöse Stomatitis der Kinder. (La stomatite diphthéroide impétigineuse de l'enfance.)** *Journ. des prat. 5. Aug. 1899.*

Das Leiden, das oft mit Diphtherie verwechselt wird, besteht in einem primären oder secundär an Hautimpetigo sich anschliessenden Impetigo der Lippen- und Mundschleimhaut. Es ist hervorragend contagiös. Man sieht Pusteln und Krusten, wie beim Gesichtsimpetigo, die letzteren sind schwärzlich und blutend. Der Verlauf der Erkrankung ist ein einfacher; sie heilt in 6—8 Tagen.

PAUL RAUGÉ.

98) **V. Griffon. Stomatitis und Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. (Stomatite et angine pseudo-membraneuses à pneumocoques.)** *Revue de méd. December 1899.*

29jähriger Mann hat ein Kind gepflegt, das an Bronchopneumonie starb, und erkrankte bei der Rückkehr von der Beerdigung desselben am 5. Januar mit einem Frost. Sein Zustand ist ernst und man denkt anfangs an Typhus; die Widal'sche Reaction aber fällt negativ aus. 4 Tage nachher — am Tage nach seiner Aufnahme in's Hospital — erscheinen die Zeichen einer rechtsseitigen Pneumonie. Das Serum des Patienten giebt Pneumokokkenreaction. Am 13. Januar tritt ein ulcerös-membranöser Fleck an der linken Wange auf, dann ein gleicher auf der rechten Mandel. Das Exsudat breitet sich am nächsten Tage auf die linke Mandel aus, ferner auf die vorderen Gaumenbögen und das Velum, auf dem es soorartig aussieht. Die bakteriologische Untersuchung des Exsudats an verschiedenen Stellen ergiebt gleichmässig Pneumokokkenbefund. Die Angina und die Stomatitis bessern sich schrittweise, dann auch die Pneumonie. Die Entfieberung erfolgt langsam, da auch die Pleura betheiligt ist. Am 9. Februar ist die Heilung vollendet. Das Serum des Patienten giebt noch an diesem Tage und 14 Tage später Agglutination bei Pneumokokkenzusatz. A. CARTAZ.

99) **J. Comby** (Paris). **Scorbut bei Kindern. (Scorbut infantile.)** *Médecine Moderne. 21. Juni 1899.*

Der Scorbut der Kinder tritt im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahren bei künstlich ernährten Kindern auf. Brustkinder bleiben von der Erkrankung verschont. Seine Symptome sind: schlechter Allgemeinzustand, subperiostale Blutungen, Blutungen in der Mundschleimhaut, ein fungöser Zustand des Zahnfleisches, wenn bereits Zähne vorhanden sind.

Die Krankheit coindicirt oft mit Rachitis und hat auch manche ähnliche Symptome mit dieser Krankheit. Daher werden beide auch von manchen Autoren zusammengeworfen. Aber sie sind keineswegs identisch. Rachitis ist eine Krankheit der ärmeren Klassen, Scorbut findet sich häufiger bei den Kindern der Wohlhabenden.

Von den Flaschenkindern werden am ehesten diejenigen scorbutisch, die von den Nährpräparaten, wie Conservenmilch u. Aehnl., Gebrauch machen.

Die Behandlung ergiebt sich aus dieser Aetiologie: Ernährung mit guter frischer Milch, frischen Gemüsen, Orangen- und Weintraubensaft; ferner Salzbäder, Leberthran; Ruhe in horizontaler Lage, Aufenthalt an der Seeküste u. a. m.

PAUL RAUGÉ.

100) **C. Compaired** (Madrid). **Ein Fall von perforirendem Geschwür des Mundes. (Un caso de mal perforante de la boca.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laring., Otolog. No. 99—100. 1899.*

Das perforirende Geschwür sass an den Wurzeln der linken oberen Molarzähne und war von einem Concrement von Weinstein bedeckt. Die Grösse der Perforation betrug ca. 2 cm Breite und $3^1/_2$ cm Tiefe. Die Pflege des Mundes liess bei dem Pat. sehr zu wünschen. Eine spezifische Infection konnte ausgeschlossen werden. Die Auskratzung und Aetzung der Perforation, sowie sorgfältige Hygiene des ganzen Mundes genügten, um den Pat. zu heilen. R. BOTEY.

101) **Lyon. Die Sorge für Mund, Hals und Nase bei Typhus. (Care of mouth, throat and nose in typhoid fever.)** *N. Y. Med. News. 28. October 1899.*

Nase und Mund sollen regelmässig mit einer schwachen Borsäurelösung gereinigt werden.

Wenn der Pat. gurgeln kann, verordne man

Salol. 4,8
Tct. Benzoin. gtt. XXX
Spir. Menth. Piper. 240,0

M. D. S. 1 Theelöffel in 1 Glas Wasser zum Gurgeln.

Die Zunge und das Zahnfleisch werden gereinigt und mit Borglycerin (10 pCt.) eingepinselt; in die Nase kommt ein wenig Mentholvaselin (5 pCt.) oder Borvaselin (10 pCt.)

LEFFERTS.

102) **G. Milian** (Paris). **Purpura der Mundschleimhaut nach Jod. (Purpura iodique de la muqueuse buccale.)** *Presse Médicale. 30. Juli 1899.*

Die purpuraartigen Exantheme der Haut nach Gebrauch von Jodkali sind wohl bekannt. Erscheinungen dieser Art auf den Schleimhäuten aber sind selten mitgetheilt worden. M.'s Fall betrifft eine 43jährige Frau, die 6 g Jodkali pro die erhielt und neben anderen Erscheinungen von Jodismus eine umfangreiche Ecchymosis am Gaumendach mit Exsudation einer röthlichen Flüssigkeit bekam. Der Fall erinnert nach M. an die hämorrhagischen Exsudationen, die bei Hysterischen vorkommen; auch bei diesen handelt es sich, wie im vorliegenden Falle, um eine vasomotorische Störung.

PAUL RAUGÉ.

103) **Alfred Fournier** (Paris). **Differentielle Diagnostik der Plaques muqueuses. (Diagnostic différentiel des plaques muqueuses.)** *Méd. Moderne. 14. Juni 1899.*

Verf. giebt in einer klinischen Vorlesung einen Ueberblick über die verschiedenen Mundaffectionen, welche mit Plaques muqueuses verwechselt werden können. Es sind:

I. Einfache Erosionen, welche sich von Plaques muqueuses oft gar nicht unterscheiden lassen.

II. Herpes buccalis, besonders die recidivirende Form desselben. Er wird am häufigsten durch Lues bedingt und findet sich gewöhnlich auf der Zunge, fast stets an deren Rändern. Lippen und Wangen werden viel seltener betroffen. Die Affection ist schmerzhafter als die Plaques muqueuses und hat folgende charakteristische Merkmale:

1. In einiger Entfernung vom Hauptplaque finden sich versprengte miliare Erosionen.
2. Die Läsion ist von einem epithelialen Ring umgeben.
3. Die Ränder der Ulceration sind buchtig.

III. Aphthen. Dieselben sind ausgezeichnet;

1. Durch ihre gleichmässige Rundung, ähnlich der Form von Linsen.
2. Durch scharfrandige, grübchenförmige Vertiefungen, als wäre die Ulceration mit einem Bohrer ausgeschnitten.
3. Durch eine schön hellgelbe Verfärbung.
4. Durch ihre karminrothe Umsäumung.

Ueberdies sind die Aphthen schmerzhaft und beim Contact mit Speisen und Getränken empfindlich.

IV. Hydroa buccalis. Diese Affection lässt sich von den Plaques muqueuses kaum unterscheiden. Die Diagnose ist leicht, wenn sie mit einem Hautexanthem coincidirt. Sonst bleibt als einziges diagnostisches Mittel die Feststellung, ob Patient syphilitisch ist oder nicht.

V. Glossitis exfoliativa marginalis. Dieselbe ist charakterisirt:

1. Durch das constante Vorhandensein eines feinen, weissen C-förmigen oder runden Randes.
2. Durch die Beweglichkeit der eruptiven Elemente, die von Woche zu Woche neue Zungenpartien befallen (Glossitis ambulatoria).
3. Durch den negativen Erfolg der Quecksilberbehandlung.

VI. Perlèche ist bei Kindern sehr häufig und täuscht die Plaque muqueuse der Lippencommissur vor; giebt wie diese das Bild eines Blattes, dessen beide Hälften durch eine Rhagade getrennt sind. Die differentielle Diagnose ist auch hier nur dadurch möglich, dass man feststellt, ob Patient Lues hat oder nicht.

VII. Quecksilberaffectionen. Die Ulcerationen der Stomatitis mercurialis fallen am häufigsten zusammen mit mercuriellen Reizerscheinungen von Seiten des Mundes und Zahnfleisches. Daneben besteht Ptyalismus, die ausgeathmete Luft hat einen säuerlichen und fötiden Geruch etc.

VIII. Erosionen und Ulcerationen dentären Ursprungs. Der Ursprung derselben ist leicht in einem abgebrochenen, deviirten oder mit Weinstein bedeckten Zahn aufzufinden.

Verf. erwähnt noch eine Reihe anderer Mundaffectionen, welche mit Plaques muqueuses einhergehen können, so z. B. das Ulcus durum (erkennbar an der Induration und Lymphdrüsenanschwellung), den weichen Schanker (ist im Munde sehr selten), das Antipyrinexanthem, tuberculöse Geschwüre, Ulcerationen bei Psoriasis des Mundes, bei Keuchhusten (Sitz am Frenulum der Zunge) u. a. m.

PAUL RAUGÉ.

104) G. Spiess. **Epidermolysis bullosa hereditaria der Schleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 3. p. 426.*

Als Epidermolysis bullosa hereditaria beschrieb Köbner (1886) ein Krankheitsbild, dass dadurch charakterisirt wird, „dass bei mehreren Mitgliedern einer Familie, manchmal durch Generationen hindurch, von frühester Kindheit an, auf leichte traumatische Reizungen der Haut (durch den Stiefel, Kleidungsstücke etc.) innerhalb weniger Minuten Blasen auftreten".

Spiess' Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass die Blasenbildung nur auf den Schleimhäuten der Mundrachenhöhle und der Speiseröhre localisirt war. Die Blasen auf der Zunge, den Wangen und dem Gaumen, deren Decke überaus zart war und die bald wasserhellen, bald etwas blutig gefärbten Inhalt hatten, wechselten von Erbsen- bis Bohnengrösse. Die Empfindlichkeit der Theile war so gross, dass z. B. die Zunge beim Laryngoskopiren nicht angefasst werden durfte, um nicht Blasen zu erzeugen. Die ihr zugänglichen Blasen öffnete die Patientin mit einer feinen Scheere und betupfte sie die nächsten Tage mit einem Höllensteinstift. Die tieferliegenden Blasen am Eingang in den Oesophagus, besonders an der ösophagealen Seite der Larynxhinterwand bereiteten heftige Beschwerden, indem sie den Oesophagus verengten und bei jedem Schlingversuch Schmerzen verursachten. Wurden sie nicht gleich im Beginne incidirt oder excidirt, so zogen sie sich nach den Angaben der Patientin mit Sicherheit nach unten in die Speiseröhre, deren „Haut" sich immer weiter ablöste, und die Heilung wurde wesentlich verzögert.

Mit der Incision der Blasen schaffte Verf. stets Linderung der Beschwerden. Die Excision der Membranen erwies sich als weniger zweckmässig, da die Reaction bisweilen eine sehr beträchtliche war. Als Verf. einmal eine Doppelcurette einführte, entstand durch den Druck derselben im Verlaufe von $^1/_2$ Minute unter seinen Augen an der hinteren Kehlkopfwand eine grosse Blase.

Die Therapie gegen das Leiden selbst erwies sich als absolut machtlos.

F. KLEMPERER.

105) Le Damany (Rennes). **Ueber eine Epidemie von Streptococcen-Anginen. Das herpetische Aussehen der Mehrzahl der Fälle und ihre Complicationen. (Sur une epidémie d'angines streptococciques. Aspect herpétique de la plupart de ces angines. Leurs complications.)** *Acad. de Méd. 19. Juli 1899.*

Die von Verf. in Rennes beobachtete Epidemie zeigte in den meisten Fällen das Bild des Herpes pharyngis und als constanten Befund den Streptococcus. Derselbe war stets sehr reichlich vorhanden und fand sich theils allein, theils von anderen Bakterien begleitet.

PAUL RAUGÉ.

106) P. Le Damany. **Herpetische Angina und Scharlach. (Angine herpétique et scarlatine.)** *Bulletin de la Société scientifique et méd. de l'Ouest. VIII. 2.*

Verf. weist auf Grund einer eigenen Beobachtung auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Angina herpetica, wenn zufällig Epidemien beider Affectionen zusammenfallen, hin. Er sah einen jungen Mann, der anfangs nur eine Angina hatte, die alle Characteristica der Angina herpetica zeigte, und der nach einigen Tagen typischen Scharlachausschlag bekam.

PAUL RAUGÉ.

107) A. Malinowski. **Ueber die Behandlung des Halses und der Nase bei den scarlatinösen Processen. (O leczeniu cierpien gardta i nosa, towarzyszacych szkarlatynie-dyfteryt szkarlatynowy.)** *Gazeta lekarska. No. 42, 43. 1899.*

Genaue Beschreibung der verschiedenen Complicationen in der Nase und im Rachen, welche im Laufe des Scharlachs vorkommen. Verf. empfiehlt als Therapie die locale Behandlung dieser Organe mittelst Gurgeln, Einspritzungen und Pinselungen mit den verschiedenen bekannten antiseptischen und adstringirenden Mitteln.

A. v. SOKOLOWSKI.

108) André Bergé. **Angina erosiva postscarlatinosa. (Angine erosive postscarlatineuse.)** *Société de Pédiatrie. 10. October 1899.*

54 Tage nach einem leichten Scharlach traten Erosionen an den Mandeln auf, die mehr als einen Monat anhielten. Die Ulceration im Halse war von Fieber und Drüsenschwellung begleitet und gefolgt von acuter Nephritis mit Hämaturie und Albuminurie.

PAUL RAUGÉ.

109) Kronenberg. **Angina und acuter Gelenkrheumatismus. (Angina and acute articular rheumatism.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 7. October 1899.*

Nach einer Operation in der Nase bekam Pat. eine Angina, an die sich ein acuter Gelenkrheumatismus schloss. Endocarditis, Pericarditis und Pneumonie gesellten sich hinzu und Pat. starb. Der Gelenkrheumatismus hatte von Anfang an Zeichen von Pyämie geboten.

EMIL MAYER.

110) Ch. Nicolle, **Ulcerös-membranöse Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Archiv. provinciales de Médecine. April 1899.*

Ein weiterer Fall der mehrfach beschriebenen sogen. Vincent'schen Angina. N.'s Patient hatte vor der Ulceration der Mandel eine solche an der Unterlippe, was für die identische Natur der Angina und der Stomatitis ulcero-membranosa spricht. Auch hatte der Patient einen Hautausschlag, der an Erythema nodosum erinnerte.

PAUL RAUGÉ.

111) M. H. Vincent. **Diphtheroide Angina durch den spindelförmigen Bacillus. (Diphtheroid angina due to the fusiform bacillus of Vincent.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. November 1899.*

Ein eigenthümlicher spindelförmiger Bacillus findet sich in manchen Fällen von pseudomembranöser Entzündung, meist der Mandeln, welche klinisch das Bild der Diphtherie bieten. Die Erkrankung ist weniger ernsthaft, als die Diphtheritis.

EMIL MAYER.

112) Nicolle und Hallopé. **Zwei Fälle von ulcerös-membranöser Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (Sur deux cas d'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Normandie méd. 15. Dec. 1899.*

Die Verff. publiciren zwei weitere Fälle, die von den früher mitgetheilten in nichts abweichen. Die Behandlung mit Jodtinctur führte sehr schnell zur Heilung.

A. CARTAZ.

113) **Raoult** (Nancy) und **Finck. Zwei Fälle von Angina durch Soor. (Deux cas d'angines dues au muguet.)** *Arch. de laryngol. September-October 1899.*

Die Verff. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Die einfache Hefeform scheint die einzige zu sein, die man in Fällen von Angina, bei denen Soor in Reincultur vorhanden ist, bei der directen Untersuchung vorfindet.

2. Der von den Pseudomembranen gewonnene Soor zeigt bei der ersten Aussaat bisweilen Colonien von besonderen Formen (Granaten- oder Sternform).

3. In zweifelhaften Fällen ist die Serumdiagnose mit dem Serum geimpfter Meerschweinchen oder besser noch Kaninchen von entscheidendem Werthe.

E. J. MOURE

114) **Francis R. Packard. Schuldlos acquirirte syphilitische Infection des Halses. (Innocently acquired syphilitic infection of the throat.)** *Journal of Eye, Ear and Throat Diseases. October 1899.*

Die Infection wird meist auf Küsse zurückgeführt. Die frühe Diagnose ist schwierig, da ausser den Erscheinungen an der Lippe oder Mandel alle Symptome fehlen.

EMIL MAYER.

115) **Poirier. Halssyphilis. (Syphilis de la gorge.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1899.*

In der Sitzung der Antwerpener Med. Chir. Gesellschaft vom Juni 1899 stellt P. einen Patienten mit einem syphilitischen Primäraffect auf dem hinteren Gaumenbogen vor.

BAYER.

116) **S. E. Cook. Syphilis des Halses. (Syphilis in the throat.)** *Western Medical Review. 15. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

117) **J. Howe Adams. Ergotin bei Halsaffectionen Phthisischer. (Ergot in the sore-throat of phthisis.)** *Med. Times. September 1899. Pennsylvania Medical Journal. September 1899.*

A. gab Extr. fluidum Ergotini (0,12 drei mal täglich) gegen die Rachencongestionen in 6 Fällen von Phthise. In 2 Fällen bestanden Ulcerationen im Halse. Alle bis auf einen waren vorgeschrittene Fälle von Phthise. Das Resultat war in allen Fällen vortrefflich, die Halsbeschwerden waren in 3—5 Tagen verschwunden.

LEFFERTS.

118) **H. J. Hopkins. Fremdkörper im Halse. (Foreign bodies in the throat.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1899.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **Wm. Cheatham. Fremdkörper aus dem Halse entfernt. (Foreign body removed from gullet.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. November 1899.*

Ein spitzes Knochenstück, das im Halse steckte, wurde extrahirt.

EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

120) **Geo H. Weaver. Werth und Nothwendigkeit der bakteriologischen Untersuchung aller Fälle von Halsaffectien. (The value and necessity of bacteriological examination in all cases of sore throat.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

121) **William B. Meany. Die Diphtherie; ihre Identität und Uebertragbarkeit von niederen Thieren auf den Menschen. (Diphtheria. Its identity and transmissibility from lower animals to the human subject.)** *The Americ. Practit. and News. 15. November 1899.*

Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Diphtheritis von den niederen Thieren auf den Menschen übertragen wird. Beim Schwein, Schaf, Pferd, bei Katze und Hund ist eine Erkrankung beobachtet worden, die der menschlichen Diphtherie sehr ähnlich erscheint. Haare, Federn, Borsten und Wolle sind die Träger des Infectionsmaterials. Isolirung auch der erkrankten Thiere ist zu fordern.

EMIL MAYER.

122) **Ferré. Diphtherie beim Menschen und Vogeldiphtherie. (Diphthérie humaine et diphtherie aviaire.)** *Associat. franç. pour l'avanc. des Sciences. 14.—21. Juli 1899.*

F. bestätigt die früheren Untersuchungen über das Vorhandensein des Loeffler'schen Bacillus bei der Vogeldiphtherie und die Möglichkeit der Uebertragung der Diphtherie vom Vogel auf den Menschen.

PAUL RAUGÉ.

123) **Coeurat. Vorkommen des Diphtheriebacillus in den Organen. (Présence du bacille diphthérique dans les organes.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die alte Anschauung, dass der Loeffler'sche Bacillus nur in den Pseudomembranen sitzt, hat sich als falsch erwiesen; neuere Untersuchungen ergaben, dass er überall vorkommt, in der Trachea, den Bronchien und der Lunge, in Leber, Milz und Nieren, im Blut und Centralnervensystem.

PAUL RAUGÉ.

124) **Redact. Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Monthly Cyclopaed. of Pract. Medicine. November 1899.*

Eine Zusammenstellung der neueren Publicationen über Bakteriologie, Complicationen, Prophylaxe und Behandlung der Diphtheritis.

EMIL MAYER.

125) J. A. Abt. **Die Complicationen der Diphtheritis. (Complications of diphtheria.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Verf. erwähnt die septischen Erscheinungen, Herzaffectionen, Nephritis und Lähmungen.

EMIL MAYER.

126) W. R. Henderson. **Croup. (Croup.)** *The Physician and Surgeon. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

127) Redact. Mittheilung. **Carbolsäure bei der Behandlung der Diphtherie. (Carbolic acid in the treatment of diphtheria.)** *Western Medical Journal. November 1899.*

Die subcutane Anwendung des Mittels wird empfohlen. Ein Kind von 4 Jahren soll 15 Tropfen einer 25proc. Lösung erhalten. Von 4 Kindern, die so behandelt wurden, starb eines.

EMIL MAYER.

128) O. A. Fliesburg. **Fünfzig Fälle von membranösem Croup nach derselben Methode behandelt mit 38 Heilungen und 12 Todesfällen. (Fifty cases of membranous croup treated by the same method with 38 recoveries and 12 deaths.)** *Northwestern Lancet. 15. November 1899.*

Verf. verordnet: Apomorphin. hydrochlor. 0,06
Pilocarpin. 0,06
Tct. Hyoscyami 4,0
Acid. hydrochlor. dilut. 6,0
Tct. Nucis vomic. 2,0
Syr. Tolutan. q. s. ad 128,0
M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 3stdl. z. n.

Dass es sich in F.'s 50 Fällen wirklich um acute Kehlkopfdiphtherie handelt, ist nicht erwiesen. Verf. gründet seine Diagnose allein auf das klinische Bild.

EMIL MAYER.

129) Ausset. **Diphtheritische Angina und Laryngitis bei einem 9 Monate alten Kinde; Seruminjection und Intubation für 25 Stunden; Heilung. (Diphtheritic angina and laryngitis in a patient nine months old. Injection of serum. Intubation for 25 hours. Recovery.)** *Archives of Pediatrics. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall.

EMIL MAYER.

130) Casella (Lyon). **Diphtheritische Angina und Croup beim Erwachsenen. Seruminjection; Intubation; Heilung. (Angine et croup diphthérique chez un adulte. Injections de serum. Tubage. Guérison.)** *Lyon Médical. 5. November 1899.*

Die Diphtherie kommt beim Erwachsenen häufig vor, erreicht aber selten den Larynx. C.'s Fall bietet schon aus diesem Grunde ein gewisses Interesse; er ist auch bemerkenswerth wegen seiner Gutartigkeit. Die Intubation wurde unter Leitung des Fingers ohne Spiegel ausgeführt, wie dies beim Erwachsenen meist der Fall ist.

PAUL RAUGÉ.

131) **Watelet. Die Verbindung von Serumtherapie und Localbehandlung bei diphtheritischer Angina. (Association du serum anti-diphtherique au traitement local dans l'angine diphthérique.)** *Thèse de Paris. 1899.*

W. hebt mit Recht die Bedeutung der Localbehandlung hervor, welche durch die Serumtherapie wohl zu sehr in den Hintergrund gedrängt worden ist. Er empfiehlt reichliche Spülungen von Hals und Nase mit nachfolgender Pinselung von Eisenchlorid.

PAUL RAUGÉ.

132) **L. Le Roy. Diphtherie und Serum. (La diphthérie et le serum.)** *Méd. Moderne. 13. Juli 1899.*

Gegenüber Fiesinger's Behauptung, dass die Serumtherapie in malignen Fällen von Diphtherie versage, theilt Le Roy einen Fall von ausnahmsweiser Schwere mit, wie er ihn früher niemals durchkommen sah, bei dem er durch Injection von 60 ccm Serum in 4 Tagen Heilung erzielte.

PAUL RAUGÉ.

133) **J. C. Shaw. Diphtherie und Serum. (Diphtheria and antitoxin.)** *New York Lancet. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

134) **Charles A. Ellis. Tracheotomie wegen Croup. (Tracheotomy for croup.)** *Buffalo Med. Journal. November 1899.*

Die Dyspnoe war sehr gross, und geeignete Instrumente waren nicht zur Hand. E. half sich, so gut es ging, indem er mit einem Scalpell die Tracheotomie machte, Knopfhaken als Retractoren, Leinwandbäusche als Schwämme benutzte und eine abgeschnittene und gebogene Thermometerhülse als zeitweilige Tracheotomiecanüle einlegte. Eine Membran, die das untere Ende der Canüle zu verstopfen drohte, wurde mittelst einer Uteruscurette herausgeholt. Der Ausgang war glücklich.

EMIL MAYER.

135) **W. B. Pusey. Bericht über 276 Intubationen. (A report of two hundred and seventy six intubations.)** *The American Practitioner and News. 15. November 1899.*

134 Fälle wurden geheilt, d. h. 48,5 pCt.

35 Fälle waren unter 2 Jahren; von diesen kamen 23 (= 65 pCt.) durch. Die jüngsten Kinder waren 8 Monate alt, und zwar 4, von denen 3 geheilt wurden.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

136) **W. O. Shields. Fremdkörper in den Luftwegen mit Bericht über einen Fall. (Foreign bodies in the air passages with report of a case.)** *Western Med. Review. 15. August 1899.*

$1^1/_4$ Zoll langer Fremdkörper drei Monate nach dem Eindringen desselben in die Luftwege ausgehustet.

EMIL MAYER.

137) Joseph M. Patton. **Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in a bronchus.)** *Journ. Americ. Med. Association. 5. August 1899.*

Ein Stück Hühnerknochen, das im Bronchus festsass, wurde bei der operativen Eröffnung der Brust im Augenblick, als man in das Lungengewebe einging, unter Husten per os ausgeworfen.

EMIL MAYER.

138) **H. T. S. Bell** (Brisbane Queensland). **Verstopfung des rechten Bronchus durch einen kleinen runden Knopf. (Obstruction of right bronchus by small circular dress button.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

7jähriges Mädchen, im Brisbane Hospital für kranke Kinnder vom 23. October bis 7. December behandelt. Die Symptome waren Husten, schleimig-eitriger, manchmal blutig gefärbter Auswurf und Erstickungsanfälle, bei denen das Kind blau wurde. 10 Tage nach der Aufnahme wurde eine Consolidation der rechten Lungenbasis constatirt. Das Kind gab an, dass seine Krankheit vom Verschlucken eines Knopfes herrühre; seine Angaben fanden aber keine Bestätigung. Am 7. December war das Kind gebessert und sollte aufstehen. Dabei bekam es einen plötzlichen Erstickungsanfall und war nach wenigen Minuten todt. Die Section ergab Verdichtung der rechten Lunge und erhebliche Dilatation des rechten Bronchus, dessen Schleimhaut oberflächliche Ulceration zeigte. Im linken Bronchus steckte ein kleiner Knopf. Das Eindringen des Fremdkörpers in diesen und die Absperrung der Luft von der gesunden Lunge hatten den Tod herbeigeführt.

A. J. BRADY.

139) **G. W. Armstrong** (Melbourne Victoria). **Ein Melonenkern im linken Bronchus. Operation. Heilung. (A case of melon seed in the left bronchus. Operation. Recovery.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1899.*

Kind von 18 Monaten, seit 9 Monaten krank; es leidet an schweren Hustenanfällen. Die Krankheit datirt von dem Augenblick, wo das Kind mit Melonenkernen spielend, einen derselben in die Luftwege aspirirte. Es wurde die Tracheotomie gemacht; der Fremdkörper wurde ausgestossen und die Trachealwunde sofort mit Catgutnähten geschlossen. Das Kind war nach 5 Tagen vollständig wohl.

A. J. BRADY.

140) **F. Houssay. Doppelter Fremdkörper der Trachea. (Double corps étranger de la trachée.)** *Archives de Medecine des Enfants. No. 2. 1899.*

Eine etwas bizarre Erzählung von einem Fall von plötzlichem Exitus eines $2^1/_2$jährigen Kindes, in dessen Trachea man bei der Section ein Stück von einem Pflaumenkern und ausserdem noch einen Regenwurm fand. Man fragt sich, wie diese Dinge dort wohl zusammenkommen konnten.

PAUL RAUGÉ.

141) **E. Vignard. Eine Kaffeebohne in der Trachea beim Kinde; Extraction durch die Tracheotomie. (Grain de café dans la trachée chez un enfant, extraction par trachéotomie.)** *Gaz. méd. de Nantes. 16. December 1899.*

Kind von $2^1/_2$ Jahren verschluckt beim Spielen eine geröstete Kaffeebohne. Unmittelbar darauf ein Erstickungsanfall, der sich in der nächsten Nacht und an den folgenden Tagen wiederholt. Am 7. Tage wird scharfes Bronchialathmen constatirt und wegen Verdacht auf Fremdkörper in Narkose die Tracheotomie ge-

macht. Die Trachea wird in einer Ausdehnung von 3 cm eröffnet; beim Auseinanderdrängen der Schnittränder erblickt man die Kaffeebohne, die mit der Pincette herausgenommen wird. Die Trachea wird sofort geschlossen; das Kind genest ohne Störung sehr rasch. A. CARTAZ.

142) **Julius Crisler. Crico-Tracheotomie mit Bericht über 2 Fälle. (Crico-tracheotomy with report of two cases.)** *Journ. of the Mississippi State Med. Association. December 1899.*

Der erste Fall betrifft ein Kind, das ein Getreidekorn inspirirt hatte. Die Operation hatte vollen Erfolg.

Fall 2 betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind mit starker Dysphagie und Dyspnoe. Das Kind starb trotz der Operation. Die Ursache der Dyspnoe wurde nicht aufgeklärt. EMIL MAYER.

143) **R. Botey** (Barcelona). **Einige kleine Veränderungen an den Tracheotomiecanülen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. p. 461. 1899. Arch. Latin. di Rinol., Laring., Otologia. No. 98. 1899.*

B. hat in einzelnen schwierigen Fällen mit den vorhandenen Canülen nicht auskommen können und hat an denselben gewisse Verbesserungen angebracht, die er im Einzelnen beschreibt. Er hat jetzt 4 Canülen von verschiedener Krümmung und verschiedenem Caliber in Gebrauch, die er zur allgemeinen Anwendung empfiehlt. No. I ist für Kinder von 1—4 J., No. II für Kinder von 4—10 J., No. III für Frauen und Jünglinge von 10—15 J. und No. IV für Erwachsene und Jünglinge über 15 J. bestimmt. F. KLEMPERER.

144) **Alex. Baurowicz. Ein praktischer Verschluss für Canülenöffnung.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Zum Ersatz des Canülenschlusses durch einen Kork- oder Gummistöpsel hat P. ein Verschlussstück construirt, das einfach ein Stück von dem oberen Theile der inneren Canüle darstellt, welches an beiden Seiten verschlossen ist und genau so wie die innere Canüle gehandhabt wird. Er giebt eine Abbildung seiner Canüle mit dem neuen Verschlusse und beschreibt ihre Vortheile. F. KLEMPERER.

145) **A. G. Blincoe. Einige praktische Punkte betreffend die Intubation. (Some practical points in intubatien.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. October 1899.*

B. empfiehlt das neue Instrument, das den Obturator überflüssig macht und zur Einführung wie zur Extraction zugleich dient, sonst nichts Neues.

EMIL MAYER.

146) **Samuel J. Brothers. Klinische Fälle und Anschauungen. (Clinical cases and interesting ideas.)** *Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Intubation, die alle ungewöhnliche Schwierichkeiten darboten.

In Fällen von anhaltendem Schnaufen bei kleinen Kindern soll stets auf Syphilis behandelt werden. EMIL MAYER.

147) **F. E. Waxham. Bericht über einen Fall von Intubation bei einem Erwachsenen. (Report of a case of intubation of the larynx in the adult.)** *Colorado Medical Journal. December 1899.*

Die Stenose wurde auf eine acute entzündliche Verdickung der Kehlkopfschleimhaut mit submucöser Infiltration zurückgeführt. Die Tube wurde 6 Tage getragen und dann ausgehustet. 4 Tage nachher trat von neuem Dyspnoe ein und Pat. wurde wieder intubirt. Nach 2 Tagen wurde die Tube ausgestossen und seither ist Pat. frei von Dyspnoe geblieben.

EMIL MAYER.

148) **Ausset** (Lyon). **Prolongirte Intubation. (Tubage prolongé.)** *Société de Pédiatrie. 9. Mai 1899.*

5jähriges Kind, bei dem es nicht möglich war, die Tube zu entfernen, ohne dass Erstickungsanfälle eintraten. Es wurde die Tracheotomie gemacht und das Kind trug 1 Jahr später noch die Canüle.

Ein derartiges Vorkommniss wird nach A. theils durch ödematöse subglottische Laryngitis mit Ulcerationen verschuldet, theils durch Compression der Recurrentes durch Bronchialdrüsen, theils durch Bronchopneumonie.

PAUL RAUGÉ.

149) **A. Sargnon. Intubation und Tracheotomie bei nicht-diphtheritischen Stenosen bei Kindern und Erwachsenen. (Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte.)** *Thèse de Lyon. 1899.*

Die ausgezeichnete und erschöpfende Arbeit umfasst 3 Capitel. Im ersten bespricht Verf. eingehend die Technik der Tracheotomie, ihre Complicationen, ihre Folgen und die Methoden der Dilatation späterer Stenosen. Die Frage der Narkose wird behandelt und die Ueberlegenheit der localen Anästhesie durch Cocain — Schleich'sches Verfahren — anerkannt. Im Anschluss daran beschreibt Verf. aufs genaueste die Methodik der Intubation mit allen vorkommenden Zufällen beim Kinde und beim Erwachsenen. Bei letzterem ist der Eingriff, sei es unter Leitung des Spiegels oder mit dem Finger, viel schwerer.

Ausser diesen beiden Methoden nennt Verf. noch die verschiedenen Arten der Catheterisirung des Larynx mit oder ohne Tracheotomie (Schrötter'sche Tuben).

Das zweite Capitel erörtert die Indicationen der Intubation und der Tracheotomie. Dieselben hängen ab von Sitz und Art des Processes (supra- und perilaryngeale Affectionen, Entzündungen, neuropathische Erkrankungen, Tumoren etc.) und von den begleitenden Umständen des Falles. Bei supralaryngealen Stenosen ist in drängenden Fällen die Tracheotomie vorzuziehen, desgleichen bei Traumen des Larynx und der Trachea. Dagegen ist die Intubation angezeigt bei acuten suffocativen Laryngitiden, bei denen oft secundär die Tracheotomie gemacht werden muss. Für die Intubation eignen sich die chronischen Laryngitiden, die Syphilis, Narbenstenosen, die nicht zu eng sind, und ganz besonders die heilbaren spasmodischen Stenosen (Hysterie). Tiefe Stenosen erfordern wieder die Tracheotomie. Was die äusseren Umstände anlangt, so ist stets im Auge zu behalten, dass die Intubation schneller ist als die Tracheotomie. Schwangerschaft

und sehr jugendliches Alter sind in der grossen Mehrzahl der Fälle Momente, die zu Gunsten der Intubation sprechen.

A. CARTAZ.

150) Sargnon. **Intubation und Tracheotomie bei nicht-diphtheritischen Stenosen. Ihre Operationstechnik, Indicationen und Resultate. Gegenüberstellung der beiden Methoden. (Tubage et tracheotomie en dehors du croup. Manuel opératoire. Indications et resultats. Parallèle entre ces deux méthodes.)** *Province Medicale. August u. September 1899.*

Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. In vielen Fällen ist die Intubation so gut wie die Tracheotomie geeignet, schwere Dyspnoe sofort zu beseitigen.

2. Die Tube wirkt rapide dilatirend, während nach der Tracheotomie noch eine lange, mühsame und oft nutzlose Behandlung zur Dilatation nöthig ist.

3. Bei Stenosen von zweifelhaftem Sitz ist die Intubation ein vortreffliches diagnostisches Hülfsmittel. Die Intubation ist bei heilbaren und dilatirbaren Stenosen des Larynx und oberen Theiles der Trachea angezeigt, während die Intubation für die unheilbaren und tief gelegenen Stenosen bleibt.

PAUL RAUGÉ.

151) Louis Fischer. **Ursache und Behandlung recidivirender Kehlkopfstenose nach Intubation. (Cause and treatment of recurring laryngeal stenosis following intubation.)** *N. Y. Medical Record. 2. December 1899.*

Die Ursache der Stenosen, die nach der Intubation auftreten, hat schon O'Dwyer im Trauma erkannt. Eine besondere Gefahr bilden die Salze, die sich an den Tuben ablagern und leicht die Schleimhäute verletzen, namentlich bei Extubation. Zur Vermeidung derartiger Läsionen empfiehlt F. möglichst zarte Handhabung der Tuben, die auch nicht zu weit für das Lumen des Kehlkopfs gewählt sein dürfen. Die Tube darf man ferner nicht zu lange liegen lassen; nach 3, spätestens nach 5 Tagen soll ein Wechsel stattfinden. Die Kalkablagerung findet überdies nur an Metalltuben, nicht an solchen von Hartgummi statt. Man wähle also die letzteren und wenn man sie häufig einführen muss, überziehe man sie nach O'Dwyer's Rath mit einem Ueberzug von Alaungelatine (5 pCt.) Alaun in heisser Gelatine gelöst) mit 10 pCt. Ichthyolgelatine oder ähnlichen Gemischen.

LEFFERTS.

152) Trumpp. **Die Intubation in der Privatpraxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1899. N. Y. Medical Record. 23. December 1899.*

Auf Grund einer von Trumpp angestellten internationalen Sammelforschung über Intubation kommt Tr. zu folgenden Schlüssen:

Jeder Arzt sollte bestrebt sein, sich die Technik der Intubation ebenso anzueignen wie jene der Tracheotomie. Die Intubation ist unbedingt indicirt, wenn einem Patienten unmittelbare Erstickungsgefahr droht und keine Zeit zur Ausführung der Tracheotomie bleibt. Der Arzt ist berechtigt eine Hausintubation und im Nothfalle selbst ohne Einrichtung eines ärztlichen Permanenzdienstes durchzuführen, wenn der Transport des Kranken in ein Spital unmöglich ist, oder nicht zugegeben wird; wenn die Angehörigen über die Vorzüge und Gefahren der

blutigen und unblutigen Stenosenbehandlung aufgeklärt sind und sich für die Intubation entscheiden, wenn ferner der Arzt längstens in einer Stunde an das Krankenbett geholt werden kann und sonst auch noch alle Vorsichtsmaassregeln getroffen sind. In der Privatpraxis bietet die Intubation die besten Aussichten, wenn sie frühzeitig gemacht wird; die Tracheotomie sollte nur dann gemacht werden, wenn die Intubation erfolglos bleibt und bei längerer Intubationsdauer bedenklicher Decubitus auftritt oder die Canüle immer wieder ausgehustet wird. Wird die Tracheotomie in der Privatpraxis nöthig, dann sollte sie womöglich nur bei liegender Tube vorgenommen werden.

SCHECH.

153) **Escat** (Toulouse). **Die Intubation in der Privatpraxis. (La pratique du tubage dans la clientèle.)** *Presse Medicale. 2. Juli 1899.*

Die Ueberlegenheit der Intubation über die Tracheotomie ist jetzt wohl allgemein anerkannt, aber die meisten Autoren lassen sie nur für das Hospital gelten und acceptiren das von Sevestre und Variot aufgestellte Gesetzt: „Die Intubation für das Hospital, in der Privatpraxis die Tracheotomie".

Escat ist nicht dieser Meinung; er sagt „die tödtlichen Zufälle bei der Intubation, aus Mangel an beständiger Ueberwachung wiegen weit geringer, als die zahlreicheren bei der Tracheotomie vorkommenden Zufälle".

E. bespricht die Wahl des Instrumentariums und die Operationstechnik eingehend und schliesst mit dem Landouzy'schen Satze: „Die Intubation verdient im allgemeinen stets den Vorzug, die Tracheotomie wird nur, wenn dringende Gründe dazu vorliegen, gemacht".

PAUL RAUGÉ.

154) **M. E. Escate. Regeln für die Ausübung der Intubation in der Privatpraxis, wenn keine beständige Ueberwachung des Patienten möglich ist. (Rules for the practice of intubation without constant subsequent supervision.)** *N. Y. Medical Journal. 9. October 1899.*

E. hält die Intubation für erlaubt, wenn der Patient in Verhältnissen lebt, die es gestatten, dass der Arzt in längstens 2 Stunden jederzeit bei ihm sein kann. Im Allgemeinen hält E. die Intubation der Tracheotomie für weit überlegen. In den schwersten Fällen von drohender Erstickung muss zum mindesten für eine Zeit intubirt werden, um event. später die Vornahme der Tracheotomie in Ruhe erwägen und ausführen zu können. Von den praktischen Regeln für die Ausübung der Intubation, die E. giebt, seien folgende wiedergegeben:

Bei der Auswahl der Tube achte man mehr auf die Grösse und das Aussehen des Kindes, als sein wirkliches Alter. Die Tube soll ein wenig stark gewählt werden; sie muss in den Larynx gleiten, nicht hineinfallen; gleitet sie zu leicht hinein, so wähle man die nächst stärkere Nummer. Wenn man beim Einführen die Resistenz des Ringknorpels fühlt, so ist das ein Vortheil, da dann die Tube fest sitzt. Muss wegen Oedems eine schmalere Tube genommen werden, so lasse man den Faden daran oder wechsle sie nach 24 Stunden gegen eine stärkere um. — Die Tube wird vor dem Einführen aussen und innen mit Mentholöl eingefettet. — Die Atmosphäre um den Patienten soll mittelst Spray oder Dampfapparat beständig mit den Dämpfen einer antiseptischen Lösung gesättigt erhalten

werden. — Lassen trockener Husten und schwierige Expectoration eine Verstopfung der Tube befürchten, so wird eine intralaryngeale Injection von einigen Tropfen Mentholöl gemacht oder besser noch die Tube gewechselt. — Der Arzt verlasse den Patienten nach der Intubation nicht, bis er sicher ist, dass die Tube gut liegt. Er erkennt dies, indem er den Patienten ein paar Tropfen Flüssigkeit von einem Theelöffel schlucken lässt. Anfänglich löst das immer einen Hustenanfall aus. — Der Arzt soll den intubirten Patienten zweimal täglich besuchen und zwar das zweite Mal so spät als möglich Abends. — Bei plötzlichem Tubenverschluss soll durch Injection von Flüssigkeit in den Rachen ein Hustenanfall ausgelöst werden. Hilft dies nicht, so wird der Patient über den Bettrand tief mit dem Kopf zur Erde gebeugt, was die Ausstossung der Tube erleichtert. — Die Extubation soll stets Morgens stattfinden, damit eine event. nach Stunden nöthig werdende Reintubation noch am Tage gemacht werden kann. Nach der Extubation muss der Arzt mindestens 1/2 Stunde bei dem Patienten bleiben.

LEFFERTS.

155) **Paul Boudin** (Lyon). **Ein neuer Apparat zur Intubation. (Sur un nouvel appareil pour le tubage.)** *Lyon médical. 26. März 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, das der Verf. am 11. Jan. 1899 in der Soc. des Scienc. méd. de Lyon demonstrirt hat.

PAUL RAUGÉ.

156) **Rudolph Matas. Lungeneinblasungen und künstliche Athmung bei der intrathoracalen Chirurgie durch die Intubation des Kehlkopfs. (Pulmonary insufflation and artificial respiration in intrathoracic surgery by intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1899.*

M. giebt die Geschichte dieser Behandlungsmethode und beschreibt den Apparat, den er benutzt. Er hat die O'Dwyer'sche Tube, an der er den intralaryngealen Abschnitt unverändert lässt, so modificirt, dass er sie benutzen kann 1. als Respirator, 2. als Tamponcanüle, 3. zur Anästhesirung, 4. als Zungenhervorzieher, 5. als Insufflator und 6. als Aspirator.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

157) **Genevet. Exothyropexie wegen suffocativen Kropfs bei einem Kinde drei Tage nach der Geburt. (Exothyropexie pour un goître suffocant chez un enfant trois jours après la naissance.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 11. October 1899.*

Das Kind hatte einen starken Kropf und war in hohem Maasse dyspnoisch. Die Asphyxie verschwand sofort nach der Operation.

PAUL RAUGÉ.

158) **A. Poncet** und **A. Rivière** (Lyon). **Krebs der Schilddrüse. (Cancer de la glande thyroide.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Verff. sahen 50 Fälle dieses Leidens, das viel häufiger ist, als man gemeinhin glaubt. Der krebsige Kropf ist stets durch Degeneration eines gewöhnlichen

Kropfs entstanden. Seine gewöhnlichste Form ist die des Epithelkrebses. Die Symptome sind:

1. Schnelles Wachsthum der Drüse und Störungen ihrer Function.
2. Mehr oder weniger lebhafte Schmerzen, die in die Regio cervico-facialis ausstrahlen.
3. Lymphdrüsenschwellung.

Die Prognose ist schlecht; die Lebensdauer beträgt im Mittel 3—6 Monate. Die Exstirpation ist nur bei den encystirten Formen möglich. In allen andern Fällen ist die Behandlung einfach palliativ (Tracheotomie).

Die Möglichkeit der krebsigen Entartung ist eine präventive Indication, die zur Fortnahme einfacher Kröpfe berechtigt.

PAUL RAUGÉ.

159). **Régnier** (Paris). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch den stabilen Voltastrom. (Traitement du goître exophthalmique par la voltaisation stable.)** *Association franç. pour l'avancement des Sciences. 14. bis 21. Juli 1899.*

Der stabile Voltastrom beseitigt die Tachycardie und verringert den Kropf und den Exophthalmus. Verf. behandelte 6 Kranke mit dieser Methode; 1 ist seit 2 Jahren definitiv geheilt, 3 sind sehr gebessert, 2 noch in Behandlung.

PAUL RAUGÉ.

160) **Pitres** (Bordeaux). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Injectionen von Jodoformäther. (Traitement du goître exophthalmique par les injections d'éther iodoformé.)** *Médecine Moderne. 23. August 1899.*

P. injicirt 1 ccm Jodoformäther mitten in die Kropfgeschwulst. Er wiederholt dies 8täglich mehrere Monate hindurch. Die Symptome lassen gewöhnlich nach 3 oder 4 Injectionen nach. P. behandelte 12 Kranke auf diese Weise. 6 von ihnen sind fast vollständig geheilt. Unangenehme Zufälle durch die Injection hat er nie beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

161) **E. Juvara** (Bucarest). **Die Technik der Eingriffe am Halssympathicus. (Technique des interventions sur les sympathiques cervicaux.)** *Presse Méd. 13. Juli 1899.*

Verf. beschreibt die Technik der einfachen Durchschneidung des Sympathicusstranges (Sympathicotomie), sowie der partiellen und der totalen Resection des Nerven mit seinen 3 Ganglien. Sehr gelungene Abbildungen erläutern die Ausführungen.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

162) **Ruoth. Ein Stück von einem Wirbelknochen im Oesophagus. Oesophagotomie. (Fragment de vertèbre dans l'oesophage. Oesophagotomie.)** *Soc. de Chirurgie de Lyon. 7. December 1899.*

Es handelt sich um ein sehr unregelmässig gestaltetes Stück von einem Wirkelknochen vom Hammel, das durch Oesophagotomia externa entfernt wurde.

Es wurde ein Magenschlauch durch die Wunde eingelegt, balb aber konnte der Pat. sich wieder vom Munde aus ernähren. PAUL RAUGÉ.

163) **Vignard. Ein Soustück im Oesophagus; Extraction am 13. Tage. (Un sou dans l'oesophage, extraction le 13. jour.)** *Gaz. med. de Nantes. 16. December 1899.*

5jähriges Mädchen wegen Schwierigkeiten beim Schlucken aufgenommen, hat vor 12 Tagen ein 5 Centimesstück verschluckt. Das Radiogramm zeigt die Münze in der Höhe des 7. Halswirbels. Die Extraction gelingt in Chloroformnarkose mit dem Graefe'schen Instrument ohne Schwierigkeiten. A. CARTAZ.

164) **C. H. Magee. Ein Fall von Oesophagotomia externa. (A case of external esophagotomy.)** *International Journal of Surgery. December 1899.*

Die Operation wurde zur Extraction einer im Oesophagus eingeklemmten Münze mit Erfolg vorgenommen. EMIL MAYER.

165) **H. L. Maitland** (Sydney N. S. W.). **Drei Fälle von Fremdkörper im Oesophagus; in einem Falle Tracheotomie und Oesophagotomie. (Three cases of foreign bodies in the oesophagus. Tracheotomy and oesophagotomy in one case.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

Fall 1. 29jährige Frau, an intensiver Dyspnoe leidend, fast am Ersticken. Dieser Zustand dauert jetzt 3 Tage und nimmt an Heftigkeit zu. Zwei frühere Anfälle leichterer Art haben 14 und 7 Tage gedauert. Die Angehörigen geben an, dass die Pat. vor über 5 Monaten ein Vulcanit-Gebiss geschluckt hat. Sie ist seither mehrfach mit Sonden und X-Strahlen untersucht worden, ohne dass es gelungen wäre, den Fremdkörper zu localisiren. Die Patientin konnte diese ganze Zeit bequem schlucken. Im Sydney-Hospital wurde die Lagerung des Fremdkörpers in der Speiseröhre hinter dem Ringknorpel festgestellt und Maitland entfernte ihn durch die Oesophagotomie. 14 Tage lang erhielt die Pat. Nährklystiere; die Wunde heilte in 5 Wochen.

[Bemerkungen des Referenten: Mit dem Laryngoskop liess sich feststellen, dass die Zahnplatte nicht in den oberen Luftwegen steckte; sie musste also, wenn überhaupt vorhanden, im Oesophagus sitzen. Ein Versuch, den letzteren zu sondiren, steigerte die Dyspnoe derartig, dass, ehe man weiterging, die tiefe Tracheotomie gemacht wurde. Mittelst einer harten Sonde mit Elfenbeinspitze liess sich nun deutlich feststellen, dass der Fremdkörper im oberen Theile des Oesophagus steckte. B. fasste ihn mit der Zange und übte einen festen Zug aus, ohne dass es möglich war, ihn von der Stelle zu bewegen. Aus Furcht vor Zerreissungen rieth er zur Oesophagotomie.

Interessant ist, dass der Fremdkörper so lange (5 Monate) im Oesophagus steckte, ohne Dysphagie zu erzeugen und ohne dass er von den verschiedenen Untersuchern, die Sonden in den Magen einführten, entdeckt wurde. Diese hatten die Symptome für hysterische gehalten. Die Lagerung und dann die bogenförmige Gestalt des Fremdkörpers können dies erklären. Die Krone des Bogens lag gegen den Ringknorpel und die oberen Trachealringe und comprimirte die Luftwege,

während die Nahrung und die Sonden hinter dem Bogen ohne Hinderniss passiren konnten. Wahrscheinlich wurden auch nur elastische Sonden gebraucht.

Ein späterer Versuch, das Lumen des Luftweges wieder herzustellen, misslang. Eine eingeführte Tube musste wegen Schmerzen schon nach wenigen Stunden wieder herausgezogen werden. Die Pat. trägt noch immer die Canüle und befindet sich wohl dabei. Ihre Stimme ist ziemlich gut.]

Fall 2. Kind von 8 Monaten verschluckt eine Sicherheitsnadel. Ein Skiagramm zeigt die Nadel im Oesophagus, offen, mit der Spitze nach oben. Sie wurde mit der Sonde in den Magen herabgestossen und erschien nach $4^1/_2$ Wochen im Stuhle wieder.

Fall 3. 34jähriger Mann hat einen Abscess am Halse. Die Anamnese ergiebt, dass er vor 3 Wochen eine Sicherheitsnadel verschluckt hat. Incision des Abscesses und Entfernung der Nadel.

A. J. BRADY.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1899.

Röhr stellt eine Patientin vor, die an Aegophonie mit Diplophonie und Dysphonia spastica leidet. Die 64jähr. Kranke, die mancherlei nervöse Erscheinungen aufweist, leidet jetzt an erschwerter Sprache und an einem Laryngospasmus, von dem sie bei jeder längeren Untersuchung und bei jeder endolaryngealen Einspritzung befallen wird. Laryngoskopisch sieht man starke Schwellung der Taschenbänder und subglottische Schwellung. Die verdickten Stimmbänder begrenzen bei der Respiration eine relativ kleine Oeffnung; bei der Phonation legen sie sich krampfhaft fest aneinander, ja schieben sich übereinander besonders in den vorderen $^2/_3$; das Gleiche thun die Taschenbänder. Die Stimme klingt stark gepresst und verdoppelt durch gleichzeitiges Schwingen der Taschen- und Stimmbänder; ausserdem aber hat sie einen ziegenstimmähnlichen Klang.

Als Ursache der Stimmstörung kommen neben den genannten Veränderungen ein abnormes Vorspringen der Halswirbelsäule und eine Hyperplasie der Zungentonsille in Frage, die veränderte Resonanzbedingungen schaffen, sowie die Hysterie.

Die Therapie war bisher machtlos.

Schönstedt demonstrirt einen Reflector mit einer peripheren statt der centralen Durchlochung; derselbe hat keine Nachtheile gegen den letzteren in Bezug auf die Beleuchtung resp. das deutliche Sehen, aber den Vorzug, das binoculare Sehen wesentlich zu erleichtern.

Meyer: Schalle hat bereits einen Reflector mit peripher gelegenen Löchern angegeben.

Schönstedt: Diese peripheren Löcher sind für beide Augen bestimmt, so dass für jeden Untersucher ein besonderer Spiegel nothwendig ist.

Fränkel sieht den Nachtheil des Schönstedt'schen Reflectors darin, dass die Sehaxe nicht im Centrum des einfallenden Lichtes liegt.

A. Rosenberg hat sich davon überzeugen können, dass der demonstrirte Reflector in der That dass binoculare Sehen erleichtert.

Musehold: Die centralen Lichtstrahlen des Stirnspiegels werden gew. überschätzt; ist die centrale Bohrung gross, so ist er sehr gut für die Untersuchung geeignet, auch das für binoculare Sehen.

Schönstedt: Bei einer Spiegelgrösse von 10—11 cm und centraler Durchlochung ist das zweite Auge am Sehen etwas behindert.

Holz berichtet über den von ihm in der Sitzung vom 4. November 1898 demonstrirten Tumor, dass er aus 5 Cysten ohne Knochen bestand; die mikroskopische Untersuchung erwies innerhalb und ausserhalb der Cyste Cylinderepithel.

Grabower stellt einen Pat. vor mit Ankylosis spuria des rechten Arygelenks mit Fixation des Stimmbandes in einer der Mittellinie angenäherten Position.

Pat. hat vor Jahren Typhus gehabt; darauf anhaltende Heiserkeit; im 21. Jahre Ulcus, Bubo; im 23. Jahre Lues; 3 Jahre später (1898) Anbohrung der Oberkieferhöhle wegen Empyems. Vor 15 Jahre hat eine Laryngologe schon eine „Lähmung des rechten Stimmbandes" constatirt.

Thorax ist frei; Centralnervensystem in Ordnung; 3 pCt. Zucker im Urin, jetzt 0,77 pCt.

Das rechte Stimmband steht in gestreckter Stellung nahe der Mittellinie fest; das linke zeigt normale Motilität, geht aber bei der Phonation nicht über die Mittellinie hinaus. Sensibilität und Reflexerregbarkeit erhalten. An der Circumferenz des rechten Arygelenks fühlt man mit der Sonde eine stärkere Resistenz als am linken.

Für eine Lähmung spricht nichts; für eine Ankylose die Entstehung nach einer Infectionskrankheit, die festere Resistenz und das Fehlen der vicariirenden Thätigkeit des gesunden Stimmbandes — ein wichtiges differentiell diagnostisches Moment zwischen Ankylose und Lähmung.

Heymann konnte sich von der Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nicht überzeugen; ein Ueberschreiten der Mittellinie seitens des gesunden Stimmbandes sieht man nicht nur bei Paralyse des anderen, sondern auch bei Ankylose oder ulcerativer Zerstörung desselben.

Fränkel sah die Gegend des rechten Arygelenks etwas verdickt. Da der rechte Aryknorpel in der Mittellinie fixirt ist und der linke sich an ihn anlegt, kann kein Ueberschreiten der Mittellinie eintreten.

Grabower: Es bleibt ein Raum von 1—1,5 mm zwischen den Stimmbändern; handelte es sich um eine Lähmung, so würde bei einseitiger Leitungs-

unterbrechung eine verstärkte Energie des Impulses auf der anderen Seite des bilateral symmetrisch vom Centrum aus versorgten Organs bemerkbar sein.

E. Meyer: Ueber den Luftsack der Affen.

Bei den tiefer stehenden Affen der alten Welt findet sich ein unpaarer medialer Sack, welcher vor dem Schildknorpel liegend mit dem Kehlkopfinnern durch einen über die Incisura thyreoidea verlaufenden Stiel, der unterhalb der Epiglottis über der vorderen Commissur hindurchtritt, in Verbindung steht. Bei den höher stehenden, insbesondere den anthropomorphen Affen sind die Luftsäcke paarige, den sehr vergrösserten Ventrikeln entsprechende Gebilde. Ein Uebergang zwischen diesen beiden Formen findet sich z. B. beim Gibbon, bei dem ein grosser medialer Sack, in dem sich noch Ueberreste eines Septum finden können, durch je einen Stiel mit den beiden Ventrikeln communicirt. Dasselbe Verhalten zeigt Mycetes nur mit dem Unterschiede, dass der mediale Sack in den blasenartig aufgetriebenen Körper des Zungenbeins eingelagert ist. — Durch eine grössere Zahl von Präparaten erläutert der Vortr. diese Verhältnisse. Besondere Erwähnung verdient das Präparat eines Orang-Utang-Kehlkopfes, bei dem der grosse, beiderseits vollständig symmetrisch entwickelte Fortsätze in die beiden Achselhöhlen und nach dem Nacken entsendende Sack nur mit dem rechten Ventrikel in Verbindung steht, während der linke nur rudimentär entwickelt ist.

Die mikroskopische Untersuchung der Säcke ergab für den medialen unpaaren Sack der niederen Affen das Fehlen von Muskelfasern, dagegen eine sehr reichliche Drüsenentwicklung, besonders am Stiel.

Von dem Sacke des Orang wurde nur ein kleines Stück mikroskopisch untersucht, bei dem flimmerndes Cylinderepithel im Innern des Sackes gefunden wurde.

Dass bei den Brüllaffen der in das Zungenbein eingelagerte Sack als Resonator dient, ist kaum zweifelhaft. Auch bei den weichwandigen Säcken ist eine Beeinflussung des Tones durch ein Mitschwingen desselben wahrscheinlich. Bei den drüsenreichen Gebilden der niederen Affen kommt als weitere Function wohl die eines gemeinsamen Ausführungsganges hinzu. Beim Orang dienen die Säcke vielleicht als Schreckmittel für Feinde; möglich auch, dass sie aufgebläht eine Stütze für den Kopf abgeben und dadurch den Thieren den aufrechten Gang erleichtern.

Sitzung vom 23. Juni 1899.

Schötz stellt einen Patienten vor, der sich Jahre lang mit Höllensteinlösung seinen Pharynx gepinselt und sich so eine Arygrie erworben hat; besonders intensiv gefärbt zeigen sich Gesicht und Hände.

Ferner demonstrirt er einen ca. 4 cm langen und $1^1/_2$ cm breiten 8,7 g schweren Nasenstein, zu dessen Entfernung er sich eines dem Lange'schen ähnlichen stumpfwinklig abgebogenen Hakens bediente.

Derenberg demonstrirt eine „Murmel" (Steinkugel), die ein Kind nach der

Adenotomie beim Gurgeln herausbeförderte und die acht Monate unbemerkt im Nasenrachen gesessen hatte.

v. Zander berichtet über einen Pat., der seit ca. 5 Monaten heiser ist und seit etwa 3 Monaten über Schluckbeschwerden klagt; Flüssigkeiten kommen beim Schlucken durch die Nase zurück.

Es fand sich eine motorische Lähmung des rechten Gaumensegels, die Sensibilität im Pharynx beiderseits herabgesetzt. Das rechte Stimmband steht unbeweglich mit ausgeschweiftem Rande in Cadaverstellung, das linke steht mit ausgeschweiftem Rande nahezu in Medianstellung, macht geringe Ab- und Adduction, überschreitet aber nicht die Mittellinie, so dass ein phonatorischer Spalt bleibt. Sensibilität im Larynx rechts fast aufgehoben, links herabgesetzt; Cucull. und Sternocl. der rechten Seite atrophisch. Zunge frei; ein Strabismus convergens besteht schon seit der Kindheit. Puls dauernd über 100.

Es handelt sich also um eine Affection sämmtlicher Aeste des Vagus und Accessorius der rechten, und Sensibilitätsstörung des Velum und motorische Störung des Recurrensgebietes der linken Seite.

Der Sitz der Affection ist also da zu suchen, wo Vagus und Accessorius sehr benachbart sind und der Process leicht auf die linke Seite übergreifen kann, aller Wahrscheinlichkeit nach also in der Medulla.

Diese Auffassung steht allerdings in Widerspruch mit der Grabower'schen Lehre, dass der Vagus- und Accessoriuskern durch den des Hypoglossus getrennt sind, da ja in diesem Falle die Zunge freigeblieben ist.

Grabower spricht sich gegen die Annahme eines centralen Sitzes aus, weil der Hypoglossus intact ist und andere Erscheinungen fehlen; auch die Doppelseitigkeit spricht gegen eine centrale Ursache oder gegen den Sitz derselben zwischen Medulla und For. jugul. Dagegen können z. B. bei einer Wirbelerkrankung beiderseits die im For. jugul. befindlichen Wurzeln erkranken. Es handelt sich auch in diesem Falle wohl um eine periphere Ursache.

v. Zander bleibt dabei, dass die frühere Anschauung über die Larynxinnervation die Erkrankung viel einfacher erkläre.

Grabower: Der Accessorius hat mit der Kehlkopfinnervation nichts zu thun; wo sein Kern aufhört, beginnt der Hypoglossuskern, dann kommt der sensible und dann hoch oben der motorische Vaguskern. Es müsste also in diesem Falle bei der Annahme centralen Sitzes auch der Hypoglossus betheiligt sein.

A. Rosenberg: Ueber Folgezustände der sog. Sängerknötchen.

R. hat an verschiedenen Patienten die Fränkel'sche Auffassung der Entstehung von Sängerknötchen durch Verstopfung des Ausführungsganges der unmittelbar unter dem Stimmbandrande liegenden Drüsen bestätigen können. Bei ungenügender Schonung der Stimme entwickelt sich dann weiter bei manchen Kranken eine mehr diffuse Verbreiterung des Stimmbandes (gew. einseitig), deren Centrum das Sängerknötchen ist. Etwa das mittlere Drittel des Stimmbandes, das keine deutlichen Zeichen einer Entzündung zeigt, hat einen convex-bogenförmigen Rand, der bei vollkommener Stimmschonung sich noch zurückbilden kann, bei

unzweckmässigem Verhalten dagegen sich noch stärker hervorwölbt. Die ursprünglich auf den Drüsenausführungsgang beschränkte Erkrankung greift auf die Drüse selbst und ihre Umgebung über.

Sitzung vom 14. Juli 1899.

A. Rosenberg stellt einen Pat. mit Syphilis der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes vor. Defect des häutigen, Perforation des knorpligen Septum; Defect der Uvula, partielle Verwachsung des Velum und der hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand; Fixirung der Epiglottis in einer nach rechts gedrehten Position, so dass der ursprünglich vordere Rand derselben dem rechten Lig. pharyngoepiglott. anliegt. Diese Verziehung ist hervorgerufen worden durch Schrumpfung eines an der rechten Basisseite des Kehldeckels gelegenen Gummi, das hochgradige Athemnoth verursacht hatte. Pat. konnte Jodkali schlecht vertragen und wurde mit Jodeigon behandelt, das ihm keine Beschwerden verursachte.

Heller: Ueber die secundäre Syphilis der Zungentonsille.

H. fand in 205 Fällen von Syphilis in ca. 10—12 pCt. sichere secundäre Erscheinungen auf der Zungentonsille; die Plaques muqueuses sind auf der Schleimhaut des Mundes 5 mal so häufig als auf der der Zungenbasis. Diese zeigt nur einzelne Papeln oder ist mit ihnen dicht besät.

Das Erythema syphil. hat H. nur einmal als isolirte Erscheinung gesehen.

Die Affection des Zungengrundes verlief völlig symptomlos. Die Dauer der Papel beträgt einige Tage bis zu mehreren Monaten. Man ätzt sie (neben Allgemeinbehandlung) mit Arg. nitr., Chromsäure u. a.

Die glatte Atrophie des Zungengrundes (ohne Narben) entsteht durch interstitielle syphilitische Wucherungsprocesse und Obliteration der ernährenden Gefässe durch Endarteritis. H. fand bei neuerdings untersuchten 40 Fällen von tertiärer Lues theilweisen (7) oder gänzlichen (6) Schwund der Balgdrüsen 13 mal.

Unter glatter Atrophie darf man sich natürlich nicht völligen Schwund des adenoiden Gewebes vorstellen.

Die Untersuchung muss mit dem Spiegel und dem Finger vorgenommen werden.

Die glatte Atrophie ist ein Symptom, welches mit anderen zusammen für die Diagnose der Syphilis verwerthet werden kann.

Finder stellte an dem Material der Universitätspoliklinik fest, dass unter den 3703 daselbst an Syphilis behandelten Patienten 52 Secundäraffectionen der Mund- und Rachenhöhle aufwiesen; 14 mal war dabei die Zungentonsille betheiligt, d. h. in ca. 25 pCt.

B. Fränkel: Zuweilen ist der ganze Lymphring an der syphilitischen Erkrankung betheiligt. Wenn die glatte Atrophie mit den Plaques in genetischem Zusammenhange steht, so ist es auffallend, dass die Gaumentonsillen dieselbe so selten aufweisen.

A. Rosenberg: Da die syphilitische Affection der Zungentonsille ein wesentlich diagnostisches Interesse hat, so wäre es zweckmässiger, festzustellen, wie oft sie ausschliesslich befallen ist; dass dies der Fall sein kann, weiss er aus mehreren Beobachtungen. Ob die glatte Atrophie ein charakteristisches Zeichen für Lues ist, möchte er dahingestellt sein lassen; übrigens ist in vivo der Begriff derselben schwankend.

Heller: Da wo Plaques vorhanden gewesen, kann eine Rundzelleninfiltration lange Zeit bestehen bleiben und eventuell zur Obliteration von Gefässen führen; daraus kann eine mangelhafte Ernährung der Balgdrüsen resp. die glatte Atrophie resultiren. A. Rosenberg.

---

b) II. Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie in Barcelona.

19.—22. September 1899.

Sitzungsbericht von Dr. P. Borrás y Torres.

(Gaceta Medica Catalana. No. 537/538. 1899.)

Die erste allgemeine Sitzung des Congresses wurde durch den Präsidenten Dr. Robert eröffnet, der in seiner Rede die Specialität der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zusammenfassend behandelte und ihre Bedeutung hervorhob. Seiner Ansicht nach dürfe man jedoch jene Specialfächer niemals von der allgemeinen Medicin und Chirurgie lostrennen. Zum guten Specialisten gehöre vorher ein ausgezeichneter Arzt.

In der I. Theilsitzung für Rhino-Laryngologie wurde das officielle Thema „Diagnose und Behandlung des beginnenden Kehlkopfkrebses“ von den beiden Ponenten Dr. Roquer und Dr. Urunuela behandelt. R. hält den Gegenstand wegen seiner grossen Bedeutung für schwierig, insofern als nur die frühzeitige Diagnose einige Wahrscheinlichkeit hinsichtlich des Erfolges des therapeutischen Eingreifens erzielen kann. Roquer geht von der Ansicht aus, dass die Ursache des Leidens auf einer Störung des Protoelementes beruhe, wie es der Lebenszeitraum, in dem der Krebs erscheint und die histologische Prüfung der charakteristischen Zellen beweisen. Inmitten dieser Betrachtungen sei es schwierig, wenn nicht unmöglich, den Augenblick zu erkennen, in dem die pathologische Entwicklung des Protoelementes beginne. Er theilt die geschwulstartigen Manifestationen des Kehlkopfes in 3 Gruppen ein: 1. vegetirende Form, 2. Knötchenform, 3. diffuse Form. Als allgemeine Regel stellt er hin, dass die bösartigen Neubildungen im Innern des Kehlkopfes in dem hinteren Drittel desselben ihren Sitz haben. Die gutartigen Neubildungen hatte er immer in dem vorderen Drittel des Kehlkopfes gefunden. Als diffuse Form bezeichnet er diejenige, welche, besonders in der Tuberculose, zu Verwirrung Anlass gebe. In diesem Falle gäbe es andere Mittel, um die Differentialdiagnose zu stellen. Hinsichtlich der Behand-

lung hält R. bei dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft, wenn es sich um beginnende Manifestationen und geringen Umfang der Krankheit handelt, die möglichst vollständige endolaryngeale Exstirpation für nothwendig. Das pathologische Product sei der histologischen Prüfung zu unterwerfen, um im gegebenen Falle zu weiterem Eingreifen vorzugehen. Urunuela hält die subjective Symptomatologie für die Diagnose des Kehlkopfkrebses für nutzlos; man bedürfe des laryngoskopischen Befundes und einer genauen Palpation des Halses, sowie manchmal der mikroskopischen Untersuchung des pathologischen Gewebes, um sein Urtheil zu bilden. Hinsichtlich der Differentialdiagnose lässt der Mangel an Begrenzung, Infiltration und Missbildung, sowie die Erhaltung der Beweglichkeit des Kehlkopfes die gutartigen Kehlkopfgeschwülste von den bösartigen unterscheiden. U. hält die Thyrotomie für die rationellste Intervention, sowohl für die Exstirpation der epithelialen Geschwülste wie für die partielle Resection des Kehlkopfes. Die Pharyngotomia subhyoidea findet ihre Anwendung, um einige begrenzte Epitheliome der Epiglottis zu exstirpiren, und der endolaryngeale Eingriff in den sehr seltenen Fällen, in denen ein kleiner begrenzter Tumor erkannt werden kann.

In derselben Sitzung behandelte Escat (Toulouse) das Thema: „Instrumente, um die Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege zu exstirpiren“. E. zeigte: 1. 2 Mundöffner, eine Modification derjenigen von Mathieu, 2. schneidende Pincette für kleine Tumoren der Nasenrachenhöhle, 3. 2 Werkmesser mit verschiedenen Krümmungen zur Auskratzung der hinteren Rachenwand, 4. eine Pincette, um die Verzweigungen von Fibromen zu entfernen.

Forus (Madrid) stellte eine Sammlung von 200 Präparaten von normaler topographischer Histologie des Kehlkopfes und der Trachea vor.

In der II. Sitzung für Rhino-Laryngologie wurde zunächst das officielle Thema: „Existirt die Pharyngitis diathesica“? behandelt. Sojo y Battlle (Barcelona) hebt in seiner Denkschrift die Verschiedenheit der Meinungen betreffs der Zulassung der diathesischen Pharyngitis hervor. „Aus seiner Lehre ist zu schliessen, dass bei der gegenwärtigen Auffassung der Diathesis und vom Gesichtspunkte der Localisation im Rachen ausgehend, nur der Arthritismus und der Herpetismus als solche zugelassen werden kann. Man könne nicht die Existenz der diathesischen Pharyngitis leugnen, aber ihre Anzahl und Frequenz ist geringer als nach der Ansicht der Aerzte zuzulassen sei. Die acuten und chronischen Pharyngitiden der Diabetiker und albuminurischen Arthritiker kann man ohne jede Reserve als diathesisch zulassen, so lange die Analyse des Urins ein enges Verhältniss zwischen der Localisation im Rachen und der allgemeinen Ernährungsstörung anzeigt. Ausserdem lehrt die klinische Beobachtung, dass die Arthritiker und Herpetiker chronische Pharyngitiden besitzen, die sich durch die Hartnäckigkeit gegenüber den gewöhnlichen Behandlungsmethoden charakterisiren und welche durch allgemeine antidiathesische Behandlung sich bessern oder heilen.

Verdos (Barcelona) behandelte das Thema: „Die diabetische Pharyngitis.“ Nach seinen persönlichen Beobachtungen kann die Zuckerharnruhr den Nasenrachenraum als Sitz aussuchen. Die Erscheinungen dieser Pharyngitis sind denjenigen der erysipelatösen ähnlich, nur ist jene chronischer Natur. Die Krankheit scheint hauptsächlich das Drüsensystem zu befallen, da die Schleimhaut mit schaumig-weissem Speichel bedeckt ist.

Martin (Barcelona) setzte folgendes Thema auseinander: „Betrachtungen über einige parasyphilitische Rhinitiden.“ M. unterscheidet 3 Gruppen derselben, 1. diejenigen, welche in der äusseren Nase und dem Vestibulum, 2. diejenigen, welche in den eigentlichen Nasenhöhlen und 3. diejenigen, welche in der Nasenrachenhöhle ihren Sitz haben. Je nach den Zerstörungen der verschiedenen Knochen- und Körpertheile der Nase giebt es die sogenannte Papageinase, die eingedrückte und die gespaltene Nase. Infolge der parasyphilitischen Perforationen der äusseren Nasentheile kann der Strom der inspirirten Luft abgelenkt werden, was Anosmie oder auch Dacryocystitis zur Folge haben kann. Die Zerstörungen des Gaumens erzeugt die offene Rhinolalie. Die dritte Gruppe der parasyphilitischen Rhinitiden bilden die Adhärenzen des Gaumensegels an die Rachenwand mit ihren zahlreichen Folgeerscheinungen hinsichtlich der Function der Mund-Nasen-Rachenorgane. Nach M. kann nur die chirurgische Behandlung einen anhaltenden Erfolg geben.

Forus (Madrid) behandelt folgendes Thema: „Laryngoskopisches Bildniss der elementären Function eines jeden der inneren Kehlkopfmukeln und Schlüssel zur Lösung der Frage, dass der Cricothyroideus eine besondere Innervation erhält.“ F. bedient sich eines Schemas mit 8 Figuren, aus denen zu entnehmen ist, dass der M. cricothyroideus von dem Laryngeus ext., dem motorischen Zweige des Larygeus sup. innervirt wird, während die übrigen inneren Muskeln vom Recurrens ihre Innervation erhalten.

Arrese (Bilbao) sprach über die „Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Jodoform.“ A. berichtet über günstige Resultate, die er bei seinen Kranken mit tuberkulöser Kehlkopfsinfiltration mittelst Pinselungen mit einer in Alkohol und Aether gesättigten Lösung von Jodoform erhalten hat.

Forus (Madrid) präsentirte eine Modification der Trendelenburg'schen Kanüle, welche die operativen Eingriffe am Kehlkopfe bequemer macht.

Castaneda (S. Sebastian) behandelt das Thema: „Angeborene oder erworbene Verengerung der Nasenhöhlen in ihrer Beziehung zu der Aspiration der Nasenflügel.“ Nach ihm existiren Verengerungen der knöchernen und knorpeligen Theile der Nase, die von der Kindheit herrühren infolge von nicht zur Zeit operirter adenoider Wucherungen oder schlecht entwickelter Rachentonsille. Dieselben angeborenen Verengerungen findet man ohne Hypertrophie der Rachenmandel bei entarteten Individuen, welche gleichzeitig andere Degenerationssymptome zeigen. In beiden Fällen beobachtet man das Symptom der Aspiration der Nasenflügel.

Rosner (Barcelona) berichtete über „2 Fälle von diffuser Rachenphlegmone“ und Vivé (Barcelona) über die „Behandlung des Nasenlupus mittelst Auskratzung und Thermocauter“, mit der man eine wenig kenntliche Narbe erhält.

In der III. Sitzung stellte zunächst Rogner (Barcelona) eine Kranke mit Tracheocele vor, welche bereits beim I. Congress in Madrid Gegenstand einer Mittheilung war, behufs zweckmässigster Behandlung im genannten Falle.

Coll y Bofill (Barcelona) berichtete über einen wenig gewöhnlichen Fall von hereditärer Nasensyphilis, bestehend in narbigem Verschluss des linken Vestibulum nasi bei einem 18jährigen jungen Manne. Syphilitischer Contact war ausgeschlossen.

Urunuela (Madrid) sprach über Fracturen des Kehlkopfes, und setzte deren nähere Symptomatologie und Behandlung auseinander.

Borrás (Barcelona) behandelt das Thema: „Ueber die Behandlung der Ozaena mit normalem Pferdeserum und der Electrolyse.“ — Forus (Madrid) präsentirte phonographische Cylinder, welche mit der Stimme eines Laryngectomisirten eingeprägt waren, ferner Präparationen von pathologischer Histologie von Nase, Hals und Ohr.

Zuletzt berichtete Masip (Barcelona) über einen „Hämorrhagischen Polypen des Vestibulum nasi,“ welcher sich an der äusseren Wand inserirt hatte.

R. Botey.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dem Herausgeber des Centralblattes ist vom Vicekönig von Egypten die zweite Klasse des Medjidjé-Ordens verliehen worden.

Eine Berichtigung.

Sehr geehrter Herr Professor!

In der vorletzten Nummer des Centralblatts ist über meine Mittheilungen zur Stirnhöhlendurchleuchtung auf der Münchener Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte referirt. Ich machte diese Mittheilungen unvorbereitet auf den Wunsch des Vorsitzenden und habe dem Schriftführer kein Autoreferat geliefert. Dies Versäumniss entschuldigt zur Genüge die irrthümliche Auffassung meiner Worte von Seiten des so unermüdlichen, liebenswürdigen Schriftführes der Section. Da sein Referat aber zu weiteren Missverständnissen Anlass geben könnte, muss ich auf eine demnächst erfolgende Publication meiner Anschauungen verweisen, die einige Thatsachen hervorheben wird, welche der Durchleuchtungsmethode eine grössere Sicherheit verleihen.

Das von dem Herrn Referenten erwähnte Instrument ist nicht mehr mein früherer, sondern ein verbesserter Apparat, den das hiesige „Elektrotechnische Institut“ liefert.

Frankfurt a. M., 21. VI. 1900.

Hochachtungsvoll Ihr ergebener
Dr. Vohsen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, September. 1900. No. 9.

I. Die Section für Laryngologie und Rhinologie des dreizehnten internationalen medicinischen Congresses (Paris, 2.—9. August 1900) und die Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen der Zukunft.

Paris, 9. August 1900.

Wir stehen am Schlusse des dreizehnten internationalen medicinischen Congresses, und allmälig beginnt ein Gesammteindruck sich aus den Einzeleindrücken der vergangenen Woche herauszuschälen. Derselbe ist, wenn wir offen sprechen sollen, etwas gemischter Natur. Die Grösse der Stadt, die verhältnissmässig weiten Entfernungen sowohl der Sitzungsräume der einzelnen Sectionen von einander, wie besonders der Congresslocalitäten überhaupt von der Nachbarschaft der gewöhnlich von Ausländern aufgesuchten Hôtels, die Verlockungen der Weltausstellung — alles das hat zu einer viel grösseren Zersplitterung der Congresstheilnehmer geführt, als sie uns von einem der früheren Congresse her erinnerlich ist. Man hatte nach der Eröffnungssitzung überhaupt kaum mehr das Gefühl, an einem allgemeinen medicinischen Congresse theilzunehmen! — Alles löste sich in eine Reihe von Specialcongressen auf, die nur durch das gemeinsame Programm in einem losen Zusammenhange gehalten wurden. Der Besuch anderer Sectionen, als der eigenen gestaltete sich bei der Strammheit, mit der bei uns gearbeitet wurde, zu einer factischen Unmöglichkeit. — Dazu kam, dass die Ermordung des Königs von Italien ihren Schatten auch auf die allgemeinen Festlichkeiten des Congresses warf. An sich weniger zahlreich, als bei den meisten früheren ähnlichen Gelegenheiten, fielen die officiellen Veranstaltungen entweder gänzlich aus, oder wurden durch kleinere Empfänge ersetzt, deren Stattfinden bisweilen der Mehrzahl der Congressbesucher ganz unbekannt blieb, wie denn überhaupt die Organisation in dieser Beziehung manches zu wünschen übrig liess.

Das einzige, allgemeine Fest, das während der Dauer des Congresses wirklich stattfand: die von dem Präsidenten des Congresses, Prof. Lannelongue und seiner liebenswürdigen Gattin, in den Sälen und im Garten des Palais Luxembourg gegebene grosse Abendgesellschaft, litt auf das Empfindlichste durch die Ueberfüllung der Räume und das unbeschreibliche sich hieraus ergebende Gedränge. Aehnlich war es mit dem nach Abschluss des Congresses vom Präsidenten der Republik im Elysée gegebenen Gartenfest.

Charmant war andererseits die private Gastlichkeit unserer französischen Freunde, die ihren Höhepunkt in dem glänzenden Diner fand, welches die französische und die Pariser oto-laryngologische Gesellschaft den beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie in den feenhaft erleuchteten Räumen des Palais d'Orsay gab.

Damit wären wir bei den uns speciell interessirenden Angelegenheiten der laryngologischen Section angekommen, und es wird hier sofort unsere höchst erfreuliche Pflicht, dem Bureau unserer Section, seinem Präsidenten Dr. Gouguenheim, und vor allem dem unermüdlichen, liebenswürdigen Secretair, Dr. Lermoyez, für die vorzügliche Vorbereitung unserer wissenschaftlichen Thätigkeit, wie für stetes bereitwilligstes Entgegenkommen und Eingehen auf die Wünsche jedes Mitgliedes den herzlichsten Dank aller Sectionsgenossen auszusprechen.

Die laryngologische Section tagte in den Räumen der Faculté de droit, dicht neben dem Panthéon. In dem anstossenden Hörraum fanden die Verhandlungen der otologischen Section statt. Unsere Zusammenkünfte waren recht gut besucht. Die Präsenzliste wies die Namen einer stattlichen Anzahl hervorragender Laryngologen aus allen Ländern der Welt auf, wenn auch viele der bekanntesten Vertreter des Faches fehlten. Natürlich standen unsere französischen Collegen numerisch in weitaus erster Reihe; dann hatten sich verhältnissmässig viele spanische und russische Laryngologen eingefunden; Deutschland, Oesterreich, Grossbritannien, Amerika, Italien waren theilweise nicht sonderlich stark, theilweise auffallend schwach vertreten. Ganz merkwürdig und durchaus nicht erfreulich war das beinahe vollständige Zurücktreten der englischen Sprache in den Verhandlungen der Section: ein einziger Vortrag wurde im Laufe der ganzen Congresswoche in englischer Sprache gehalten! — Das sollte auf einem internationalen Congresse und bei der Bedeutung, welche der anglo-amerikanischen Laryngo-Rhinologie für die Weiterentwicklung unserer Specialität zukommt, anders sein! — Aus manchen Gründen aber scheint es uns wenig wünschenswerth, in diesem Augenblicke auf die eben berührten Punkte des Näheren einzugehen.

Dagegen bedürfen zwei Dinge, wie wir glauben, im Anschlusse an die eben stattgehabte Sitzung, einer offenen Aussprache: die Frage der Ehrenpräsidenturen und die Frage der einleitenden Vorträge bei den allgemeinen Discussionen. Beide Fragen sind nicht neu. Schon im ersten Bande des Centralblatts wird man finden, dass sie vor 16 Jahren in Kopenhagen zu Unzufriedenheit Veranlassung gaben. Die damaligen Vorgänge haben sich diesmal wiederholt, und es dürfte im öffentlichen Interesse liegen, dass für die Zukunft Abhülfe geschaffen wird.

Was zunächst die Frage der Ehrenpräsidenturen der Section anbelangt, so wurde der Section in ihrer ersten Sitzung die einfache Mittheilung gemacht, dass

eine gewisse Anzahl von Laryngologen zu Ehrenpräsidenten der Section ernannt worden sei. Wir sehen davon ab, dass die Anzahl derselben eine unverhältnissmässig grosse war (26), dass eine ganze Anzahl der ernannten, wie wir wissen, überhaupt nie beabsichtigt hatte, zum Congress nach Paris zu kommen, dass die Wahl in einigen Fällen, gelinde ausgedrückt, keine sehr glückliche war, — aber wir möchten principiell dagegen Einsprache erheben, dass solche Ehrenpräsidenturen einer Section einfach octroyirt werden, ohne dass dieselbe selbst ein Wort dabei mitzusprechen hätte! — Wir wissen, dass wir mit diesem Einspruch der Ansicht vieler der bekanntesten Fachgenossen aller Länder Ausdruck verleihen, und möchten uns nunmehr im allgemeinen Interesse folgenden praktischen Vorschlag erlauben:

Angenommen, dass 10 Sectionssitzungen während der Dauer eines internationalen Congresses stattfinden, so präsidire der wirkliche Sectionspräsident in der ersten Sitzung. Für jede der übrigen 9 Sitzungen schlage das Bureau je einen Repräsentanten der thatsächlich vertretenen Culturländer, von welchem es weiss, dass derselbe wirklich zum Congress erscheinen wird, als Ehrenpräsidenten vor, wobei es aber der Section selbst überlassen bleiben muss, die Wahl zu vollziehen, resp. aus der Mitte der Versammlung selbst weitere Vorschläge entgegenzunehmen, beziehungsweise andere Ehrenpräsidenten zu wählen. Dieser Modus giebt Jedem sein Recht, wahrt die Souveränetät der Section und beugt jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit vor.

Von weitaus grösserer Wichtigkeit aber für den Erfolg der Section als die eben besprochene ist die Frage der einleitenden Vorträge bei den allgemeinen Discussionen. Zur Abhaltung eines solchen Vortrages eingeladen zu werden, ist die grösste Ehre, die einem Fachgenossen von Seiten des Bureaus erwiesen werden kann. Denn die Einladung besagt, dass eine Anzahl der hervorragendsten Vertreter des Faches im Congresslande den Eingeladenen für ganz besonders berufen hält, die Versammlung in solche noch schwebende, mehr oder minder schwierige Fragen einzuführen, wie sie bei diesen Gelegenheiten zum Gegenstande allgemeiner Discussionen gemacht zu werden pflegen. Die Veröffentlichung des Themas der Verhandlung mit dem Namen des bestellten Referenten giebt letzterem ein ganz besonderes „Cachet“ für die betreffende Frage in den Augen der ganzen Welt. Das Wenigste, was derjenige, der die auf ihn gefallene Wahl annimmt, in Erwiderung eines so hohen Compliments thun kann, scheint uns die Erfüllung der übernommenen Verpflichtung! Denn es handelt sich hierbei nicht, wie bei den Ehrenpräsidenturen der Sectionen, um Formalitäten, die schliesslich, wenn der eine verhindert ist, im letzten Augenblick eben so gut von einem anderen übernommen werden können, sondern um sehr reelle, wichtige Verpflichtungen, von denen zum grossen, wenn nicht zum grössten Theil der ganze wissenschaftliche Erfolg der Sectionsarbeit abhängt! — Der Schwerpunkt der Sectionsthätigkeit bei den internationalen Congressen liegt über jeden Zweifel hinaus in den allgemeinen Discussionen, und wenn diese nicht durch wohldurchdachte, sorgfältig präparirte Vorträge besonders qualificirter Referenten eröffnet werden, so wird sich nur in den seltensten Fällen eine wirklich fruchtbringende, auf weitere, grössere Gesichtspunkte hinstrebende Discussion ent-

wickeln. Es übernimmt daher derjenige, der das Ehrenamt des Einführenden acceptirt, unserer Ansicht nach damit die solenne Verpflichtung, dieses Amt thatsächlich auszufüllen! Nur die zwingendsten Gründe dürfen ihn ververanlassen, von demselben zurückzutreten; und sollte es ihm ganz unmöglich sein, demselben persönlich nachzukommen, nachdem er es einmal angenommen hat, so erwächst für ihn, wie uns scheint, die ganz directe Pflicht, entweder dem Bureau der Section so rechtzeitig Mittheilung von seiner Verhinderung zu machen, dass dasselbe einen anderen Referenten ernennen kann, oder aber, wenn die unausweichliche Verhinderung erst im letzten Augenblicke vor dem Beginn des Congresses eintreten sollte, das druckfertige Manuscript seines Vortrages dem Secretär der Section behufs Verlesung einzusenden. Wer aber, nachdem er das Ehrenamt einmal übernommen hat, im letzten Augenblick kurz und gut erklärt, er könne nicht kommen, oder gar ohne jede Erklärung und Entschuldigung einfach fortbleibt, der bringt nicht nur das Bureau um die Früchte seiner mühevollen Vorarbeiten, sondern schädigt direct die wissenschaftlichen Interessen seiner Section!

Es sollte daher, wie wir dies schon im Jahre 1884 ausgesprochen haben und jetzt noch nachdrücklicher wiederholen möchten, das Bureau der jeweiligen Section diejenigen, die es zur Uebernahme der einleitenden Vorträge auffordert, schon bei der Einladung darauf aufmerksam machen, dass die Annahme derselben eine Ehrenpflicht involvire, von deren persönlicher Erfüllung nur die dringendste Verhinderung entbände, und dass im Falle einer solchen Verhinderung der Betreffende entweder dem Bureau rechtzeitig genug Mittheilung machen müsse, um einen Stellvertreter beschaffen zu können, oder dass er, falls die Verhinderung erst im letzten Augenblick erfolge, sein druckfertiges Manuscript (nicht nur ein Resumé seiner Schlussfolgerungen) dem Secretär zur Verlesung einsenden müsse.

Der Nachdruck, welchen wir auf eine schärfere Regelung der vorstehenden Frage legen, wird unseren Lesern ohne Weiteres verständlich werden, wenn sie erfahren, dass bei dem eben stattgehabten Congresse von vierzehn officiell bestellten Referenten unserer Section nicht weniger als sieben — also die volle Hälfte — theilweise unentschuldigt nicht erschienen waren, und dass eine der allgemeinen Discussionen (diejenige über Anosmie) angesichts des Ausbleibens der beiden Referenten, welche sie einleiten sollten, einfach fortfallen musste!

Was nun die Thätigkeit der Section selbst anbelangt, so können wir unser vorbereitendes Comité nur auf das Wärmste zu der Geschicklichkeit beglückwünschen, mit welcher es die Themata der einleitenden Discussionen ausgewählt hatte. „Die Diagnose des Kehlkopfkrebses", „Die eitrige Ethmoiditis", „Die Indicationen, die Technik und die Resultate der Thyreotomie", „Die spasmodischen Rhinitiden", „Die Sängerknötchen" — das alles sind Fragen, die gegenwärtig durchaus im Vordergrunde des specialistischen Interesses stehen, und die Lebhaftigkeit der Discussionen, welche sich an jedes einzelne dieser zur Besprechung gestellten Themata knüpften, bewies zur Evidenz, wie vorzüglich es dem Bureau gelungen war, die richtige Wahl zu treffen. Der Schreiber dieser Zeilen, der auf eine beträchtliche Anzahl von internationalen Congressen zurückblicken kann, er-

innert sich nicht, irgendwo so durchgehends lebhafte, wirklich internationale, ausnahmslos im urbansten Ton geführte Discussionen mitgemacht zu haben, wie bei dem eben beendeten Congresse. In manchen Punkten blieben freilich die Differenzen ungeschwächt bestehen (so hinsichtlich der intralaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses, der Behandlung der spasmodischen Rhinitiden und der Sängerknötchen etc.); in anderen aber wurde die Atmosphäre beträchtlich geklärt (so besonders in der durch einen meisterhaften Vortrag Hajek's eingeleiteten Discussion über die eitrige Ethmoiditis). — Ueber alle diese Discussionen und über die grosse Anzahl privater Vorträge, die im Schoosse der Section stattfanden, wird ein Bericht von Dr. Jankelewitch (Bordeaux), der mit gütiger Genehmigung Dr. Moure's das für dessen „Revue hebdomadaire" gesammelte Material auch dem Centralblatt freundlichst zugute kommen lassen will, Details bringen.

Noch bleibt ein Punkt von grosser Wichtigkeit zu erwähnen.

In einer gemeinsamen Sitzung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie, welche am 7. August unter dem Vorsitz Prof. B. Fränkel's stattfand, wurde die Resolution, betreffend die Stellung der Laryngologie bei künftigen internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie, welche unsere Leser am Schlusse des Leitartikels der letzten Julinummer abgedruckt finden, mit überwältigender Majorität angenommen, nachdem der Herausgeber des Centralblatts noch einmal kurz ihre Gründe auseinandergesetzt hatte, und Chiari vom laryngologischen, Hartmann vom otologischen Standpunkte seinen Ausführungen beigetreten waren. Gegen die Resolution sprach niemand. Wohl möchte es einer grösseren Minorität wünschenswerth gewesen sein, beide Sectionen in eine einzige zu verschmelzen; gegenüber dem riesigen Material aber, welches auch diesmal wieder jeder der beiden Sectionen vorlag, und zu dessen Erledigung es der täglichen vielstündigen und angestrengten Thätigkeit beider bedurfte, — konnten sich die einsichtigeren Anhänger der Verschmelzung nicht der Thatsache verschliessen, dass die Erfüllung ihrer persönlichen Wünsche die wissenschaftlichen Interessen beider Specialitäten schädigen würde. So ordneten sie denn diese Wünsche in anerkennenswerthester Weise dem Wohl des Ganzen unter.

Die Resolution wurde nach ihrer Annahme dem Generalsecretär des Congresses zur Mittheilung an das Organisationscomité des nächsten Congresses übermittelt. Dieser Congress wird Ostern 1903 in Madrid stattfinden. Es sind also gegenwärtig unsere spanischen Specialcollegen, für welche das alte Wort gilt: „Videant Consules, ne quid detrimenti capiat res publica!" — Was die Laryngologen der ganzen Welt thun konnten, um ihnen ihre Aufgabe zu erleichtern, haben sie gethan!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente etc.

1) **Wm. J. Cox. Eine allgemeine Betrachtung der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. (A general consideration of diseases of ear, nose and throat.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. November 1899.*

Das ganze Thema ist in einem Artikel von 500 Worten abgehandelt. Neues enthält derselbe nicht.

EMIL MAYER.

2) **Julius E. Klotz. Einiges über den otologischen, rhinologischen und laryngologischen Unterricht in Berlin und Wien. (A few notes on ear, nose and throat work as taught in Berlin and Vienna.)** *Canadian Practitioner and Review. December 1899.*

Trichloressigsäure wird sehr viel angewendet zur Verkleinerung nasaler Hypertrophien. Zur Abtragung von Adenoiden ist Kirstein's Adenotom vielfach in Gebrauch. Zur Entfernung der hypertrophischen hinteren Enden der unteren Muscheln wird in Chiari's Klinik eine neue Scheere benutzt, die Verf. beschreibt.

EMIL MAYER.

3) **Redact. Notiz. Parotitis und ihre nervösen Folgestörungen während der Schwangerschaft. (Parotitis and its nervous sequelae in pregnancy.)** *New York Lancet. November 1899.*

Die nervösen Folgestörungen sind Facialislähmung, periphere Neuritis mit Lähmungserscheinungen, ähnlich den nach Infectionskrankheiten auftretenden, schliesslich meningeale und cerebrale Entzündungen.

EMIL MAYER.

4) **George E. Armstrong. Persistenz des Ductus thyroglossus. (Persistent thyro-glossal duct.)** *Annals of Surgery. December 1899.*

Eine kleine Erhebung von etwa Erbsengrösse war in der Mittellinie des Halses, etwa 3 cm unter dem Zungenbein, sichtbar. Dieselbe vergrösserte sich, und es traten die Zeichen der Entzündung auf. Der Tumor wurde weich und fluctuirend. Verf. incidirte und curettirte, aber die Geschwulst recidivirte bald. Bei dem zweiten Eingriff constatirte A. das Vorhandensein einer Cyste und konnte eine feine Silbersonde in einen Gang nach oben bis zum Zungenbein schieben. Der Gang, der 3 cm lang war, wurde gespalten, und nun heilte die Wunde ohne Recidiv.

EMIL MAYER.

5) **Carl Ludwig Schleich. Ueber vergrösserte Drüsen bei Kindern. (On enlarged glands in children.)** *Pediatrics. 1. October 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass in viel zu zahlreichen Fällen die Totalexstirpation gemacht wird, während die methodische Enucleation oder einfache Incision ausreichend sein würden. Die Exstirpation von Lymphdrüsen bei Kindern mit lymphatischer Dyscrasie ist ein Fehler, da eine constitutionelle Erkrankung, nicht

ein locales Leiden vorliegt. Bei käsiger Hyperplasie ist die Enucleation angebracht, wenn Fetternährung, Jodkali und Quecksilberpräparate nicht zur Resolution führen. Einfacher Abscess erfordert die Incision und Tamponade, während bei multiplen Eiterungen die sorgfältige Exstirpation der Herde angebracht ist, jedoch ohne Versuch, die adhärente Kapsel mit zu excidiren. Nur bei tumorartigen Schwellungen der Drüsen ist die Radicaloperation angezeigt. EMIL MAYER.

6) **F. W. Campbell. Klinische Beobachtungen. (Notes from the clinic.)** *Canada Medical Record. October 1899.*

Neben einigen interessanten laryngologischen Fällen führt Verf. einen Fall von schwerem Singultus an, der durch Darreichung von 2,0 g reinen Aethers in 1 Weinglas Wasser rasch geheilt wurde. EMIL MAYER.

7) **Chavas. Die gutartige Mykose der oberen Luftwege; ihre Beziehungen zur Caries der Zähne, ihre Ursachen und Behandlung. (Mycosis bénin des voies respiratoires supérieures. Ses relations avec la carie dentaire. Causes et traitement.)** *Thèse de Lyon. 1899.*

Ch. giebt eine gründliche Beschreibung des von B. Fränkel zuerst beschriebenen, heute wohl bekannten Krankheitsbildes. Unter den Ursachen dieser Affection zählt Verf. die Fermentationen im Munde und die Acidität des Speichels auf. Zur Behandlung ist erforderlich Entfernung der mykotischen Hervorragungen, antiseptische Gurgelungen, Bürsten der Zähne und Cauterisationen mit dem Galvanocauter. PAUL RAUGÉ.

8) **Redact. Notiz. Gegen Soor. (Parasitäre Stomatitis.) (For thrush.) (Parasitic stomatitis.)** *Pennsylvania Medical Journal. October 1899.*

Rp. Natrii borat. 4,0
Glycerin. 8,0
Aquae 24,0.

M. D. S. Mit weichem Pinsel mehrmals täglich aufzupinseln. EMIL MAYER.

9) **Martin Friedrich. Ein Fall von Rotz. (A case of glanders.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899. Phil. Med. Journal. 28. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles dieser beim Menschen seltenen Affection. Der Bacillus mallei wurde culturell nachgewiesen. EMIL MAYER.

10) **Türk. Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose.** Aus der II. Wiener med. Klinik. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1899.*

T. will u. a. den Namen Pseudoleukämie, dem kein einheitlicher Krankheitsbegriff entspricht, aus der Pathologie vollständig eliminiren und alle unter dieser Bezeichnung gehenden Krankheitsformen der Lymphosarkomatose zurechnen.

CHIARI.

11) **L. M. Bonnet** (Lyon). **Thymus und plötzlicher Tod. (Thymus et mort subite.)** *Province médicale. 9.—23. September 1899.*

In einer ausführlichen Mittheilung bespricht B. die Störungen der Athmung durch Vergrösserung der Thymusdrüse. Er unterscheidet:

1. Die angeborene Hypertrophie. Dieselbe kann das Eintreten der Athmung vollständig verhindern, eine Thatsache, die vom gerichtsärztlichen Standpunkte Bedeutung hat. Sie kann eine Behinderung der Athmung setzen, die von der Geburt an besteht und allmälig mit der Rückbildung der Drüse verschwindet (angeborener Larynxstridor). Sie kann schliesslich eine progressive Dyspnoe verschulden, die sich bis zum Exitus steigert. Der Tod erfolgt bisweilen plötzlich, theils spontan, theils durch eine Gelegenheitsursache (Narkose, Intoxication oder anderes) verschuldet.

2. Die intra vitam erfolgende rasche Zunahme der Thymusdrüse. Dieselbe führt zum Tode a) durch zunehmende Dyspnoe, was seltener der Fall ist, b) durch plötzlichen Exitus; derselbe kommt recht häufig zur Beobachtung. Der plötzliche Tod nach Operationen ist sein häufigstes Beispiel.

PAUL RAUGÉ.

12) **H. D. Rolleston. Vergrösserte Thymusdrüse und plötzlicher Tod. (Enlarged thymus gland and sudden death.)** *Archives Pediatrics. November 1899.*

Verf. kommt zu dem Schluss: dass eine vergrösserte Thymus die Trachea comprimiren kann, besonders wenn Kopf und Hals ausgestreckt werden, und dadurch Asphyxie herbeizuführen vermag; dass sie auch das Herz und möglicherweise die Vagi mechanisch comprimiren kann und dadurch zu Herzschwäche zu führen vermag; dass sie schliesslich eine Theilerscheinung des Status lymphaticus sein kann, bei dem der plötliche Tod nicht zu den Seltenheiten gehört — dass aber eine vergrösserte Thymusdrüse auch als accidenteller Befund bei Fällen von plötzlichem Exitus vorkommen kann, z. B. bei Laryngismus.

EMIL MAYER.

13) **M. Laub. Klinische Beiträge zur Lehre vom Status thymicus.** Aus der II. med. Abtheilung der k. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien. *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Jene Fälle, in denen Individuen mit einer lymphatisch-chlorotischen Constitutionsanomalie belastet sind und sich wegen ihrer grösseren Vulnerabilität im labilen Gleichgewicht befinden, subsumirt L. unter der Bezeichnung: cerebraler Typus des Status thymicus. Die Diagnose gewinnt an Sicherheit, wenn Vergrösserung der Follikel im Nasenrachenraum, dem Zungengrund sowie der Milz nachweisbar sind.

CHIARI.

14) **Blair. Benzoinol und Resorcin bei Halskrankheiten. (Benzoinol and resorcin in diseases of the throat.)** *N. Y. Medical News. 4. November 1899.*

Verf. hat die verschiedenen Mischungen von Benzoinol und Resorcin geprüft und folgende Lösung als die beste befunden.

Resorcin 4,8
Eucalyptol 0,6
Menthol 1,2
Benzoinol 120,0.

Diese Mischung besitzt die glättenden Eigenschaften des Benzoinols und wirkt gleichzeitig durch den Resorcin-, Menthol- und Encalyptolzusatz anästhetisch, analgetisch und heilend. Verf. hat sie bei Keuchhusten als Hals- und

Nasenspray mit Nutzen angewendet; ebenso war sie bei Heufieber und Asthma nützlich. Bei acuter Laryngitis und Aphonie ersetzt diese Lösung das Cocain, dem sie durch ihren Mangel an Giftigkeit überlegen ist. LEFFERTS.

15) **Heim** (Wien). **Klinische Versuche über die Wirkung des Dionins.** *Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 46. 1899.*

Nach den Beobachtungen H.'s steht Dionin in Bezug auf seine Wirkung zwischen Codein und Morphium und ist als Anodynum, Hypnoticum und Sedativum zu empfehlen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden vor allem bei Erkranken des Herzmuskels beobachtet, sonst jedoch nicht. CHIARI.

16) **Goldmann** (Wien). **Zur medicamentösen Therapie des Asthma bronchiale.** *Wiener med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

G. empfiehlt „Neumaier's Asthmapulver", welches Datur. Strammon., Lobel. inflat., Natr. nitros., Kal. nitr., Kal. jodat. und Sachar. alb. enthält. Ein Theelöffel dieses Präparats wird auf einer Tasse verbrannt und die Dämpfe werden langsam eingeathmet. CHIARI.

17) **W. M. Young. Narkotica durch die Tracheotomiecanüle gegeben. (Anaesthetics through a tracheotomy tube.)** *Brit. Med. Journ. 24. Juni 1899.*

Das eine Ende eines gewöhnlichen Drainrohrs aus Hartgummi wird in die Tracheotomiecanüle eingeführt; vor das andere Ende, das 7—8 Zoll auf die Brust des Patienten herabreicht, wird die Maske gehalten. ADOLPH BRONNER.

18) **Sänger. Welchen Werth hat das Gurgeln?** *Münchner medic. Wochenschr. No. 8. 1899.*

S. vindicirt dem Gurgeln einen sehr geringen Werth, zumal er durch mehrere sehr sinnreiche Verfahren fand, dass in der Regel nur die vor den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile und nur ausnahmsweise die hinter denselben befindlichen Partien von der Gurgelflüssigkeit bespült werden. Ferner sei das Gurgeln bei den acuten Affectionen zu unterlassen, damit die erkrankten Theile ruhig gestellt werden könnten. SCHECH.

19) **Redact. Notiz. Der wahre Werth des Gurgelns. (The true value of gargling.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1899.*

Durch Gurgeln in der üblichen Weise werden nur die obere vordere Fläche der Uvula, der weiche Gaumen und die Zungenbasis berührt. Die Methode, die Nase beim Gurgeln zuzuhalten und den Kopf nach hinten über zu beugen, ermöglicht es, die Gurgelflüssigkeit an jeden Theil des Phaynx zu bringen. Der Werth dieses Verfahrens kann deutlich erwiesen werden, wenn man die hintere Pharynxwand mit einer concentrirten Methylenblaulösung bestreicht. Gurgelt man in der üblichen Weise mit Wasser, so kommt dasselbe klar und unverfärbt zurück; lässt man dann den Patienten wiederum gurgeln und zwar in der oben beschriebenen Weise, dann erscheint die Flüssigkeit blau wieder. LEFFERTS

20) **Wadsworth Warren. Die X-Strahlen in der Laryngologie. (Laryngological X-ray work.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 14. October 1899. The Medical Age. 25. October 1899.*

Die Röntgenstrahlen wurden bisher verwerthet zur Localisirung von Fremdkörpern, zum Nachweis der Ossification der Kehlkopf- und Trachealknorpel, bei der Diagnose intrathoracischer Geschwülste und zur Frühdiagnose tuberculöser Processe in der Lunge. Der Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen er Röntgenstrahlen verwendete. Im ersten wies er einen Fremdkörper in der Höhe des 3. Trachealringes nach: im zweiten handelte es sich um einen festen Tumor im Mediastinum, wahrscheinlich ein peribronchiales Lymphdrüsenpacket, neben und hinter dem Oesophagus.

EMIL MAYER.

21) **Thurnwald** (Wien). **Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Lupus im Gesicht.** Demonstrat. in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien vom 10. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1899.*

Der Vortragende berichtet über einen sehr günstigen Erfolg mit obiger Therapie.

CHIARI.

22) **A. Kuipers** (Assen). **Zwei Fälle von Lupus faciei, geheilt durch Behandlung mit Röntgenstrahlen. (Twee gevallen van lupus faciei, genezen door behandeling met Röntgen-stralen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 18. 1899.*

Drei Fälle von Lupus der Nase und des Gesichts, wo nach vielen radiotherapeutischen Sitzungen Genesung resp. bedeutende Besserung eintrat.

H. BURGER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **Zuckerkandl. Ueber die Entwicklung der Concha bullosa.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1899.*

Detaillirte anatomische Arbeit, die im Original gelesen werden muss.

SCHECH.

24) **R. E. Moss. Die Bedeutung der Nasenathmung in der frühen Kindheit. (The importance of nasal breathing in early childhood.)** *Texas Med. Journ. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

25) **Otto J. Stein. Die Hygiene der Nase. (The hygiene of the nose.)** *Gaillard's Medical Journal. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

26) **P. Viollet. Der Koch'sche Bacill und der Nasenschleim. (Bacille de Koch et mucus nasal.)** *Société de Biologie. 27. December 1899.*

V. impfte Tuberkelbacillen in die Nasenhöhle von Meerschweinchen. Diese starben 4—5 Wochen später an tuberculöser Infection. Der Nasenschleim enthielt Koch'sche Bacillen, wodurch seine baktericide Inactivität erwiesen ist.

PAUL RAUGÉ.

27) **Carl Seiler. Gesichtseruptionen infolge intranasaler Erkrankung. (Facial eruptions due to intranasal disease.)** *N. Y. Med. Record 19. August 1899.*

Seit der Einführung des Cocains in die intra-nasale Chirurgie und seit der unmässigen Anwendung desselben durch Laien zu temporärer Beseitigung von Nasenverstopfung sind Gesichtseruptionen so häufig geworden, dass sie die Aufmerksamkeit der Rhinologen auf sich gelenkt haben. Die Erfahrung lehrt, dass die Ausstopfung der Nase mit Wattetampons und die durch Cocain bedingte Zusammenziehung der Capillaren der Nasenschleimhaut eine correspondirende Hyperämie der Gesichtshaut anregen.

Acne rosacea wurde im Verein mit Rhinitis atrophicans häufiger beobachtet als Acne punctata, welch letztere sich öfters mit der hypertrophischen Form der Rhinitis combinirt.

LEFFERTS.

28) **M. Hodara. Subnasale Sycosis. (Subnasal sycosis.)** *N. Y. Medical Record. 2. December 1899.*

Lanolin.
Vaselin. ana 20
Glycerin. 10
Saccharin. 20
Sulphur. 10
Zinc. oxyd. 20.
M. f. pasta.

LEFFERTS.

29) **Ernest Wende** und **Grover William Wende. Rhinophym. (Rhinephyma.)** *Buffalo Medical Journal. October 1899.*

Die Erkrankung begann in dem vorgestellten Falle mit einem Erythem, es folgte eine dauernde Hyperämie der fibrösen Gewebe und schliesslich die jetzt vorhandene erhebliche Hypertrophie. Als Ursache sehen die Verff. den reichlichen Biergenuss an.

EMIL MAYER.

30) **Duret. Wiederherstellung der Nasenöffnungen, die durch lupöses Narbengewebe zur Obliteration gebracht sind. (Restaurations des cicatrices lupiques oblitorant des orifices du nez.)** *Nord medical. 1. April 1899.*

D. berichtet über 3 Fälle, in denen lupöses Narbengewebe eine fast totale Atresie der Nasenöffnungen herbeigeführt hatte. Er entfernte die narbigen Partien und ersetzte sie durch Lappen, die er aus der Stirn und von den Wangen nahm. In zwei Fällen erzielte er ein sehr befriedigendes Resultat; im dritten Falle trat Nekrose des Lappens ein.

A. CARTAZ.

31) **Berger** (Paris). **Rhinoplastik nach der modificirten italienischen Methode. (Rhinoplastie par la méthode italienne modifiée.)** *Académie de Médecine. 11. Juli 1899.*

B. hat 4 Kranke nach der Methode von Tagliacozzi operirt. Zur Erleichterung der Fixation des Armes am Kopfe hat er besondere Apparate construirt. Der Arm muss mindestens 8 Tage in der Fixation erhalten bleiben; zu frühe Abtrennung des Stiels führt zur Gangrän des Lappens.

PAUL RAUGÉ.

32) **P. Berger. Rhinoplastik nach italienischer Methode; Krankenvorstellung. (Rhinoplastie par la methode italienne. Présentation de malades.)** *Bulletin de Laryngologie. September 1899.*

B. stellt der Académie de médecine mehrere Kranke vor, bei denen er plastische Operationen an der Nase nach der italienischen Methode ausgeführt hat. Das Resultat ist im Allgemeinen vorzüglich. Die Methode ist vor allem für Kinder und junge Leute empfehlenswerth. Die Ermüdung, welche die lange Fixation der oberen Extremität an dem Kopfe mit sich bringt, lässt sie nur für rigoröse Personen mit gutem Allgemeinzustand geeignet erscheinen. E. J. MOORE.

33) **E. B. Gleason. Die Lokalbehandlung des Erkältungsschnupfens. (The local treatment of a cold in the head.)** *The Med. Council. Sept. 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

34) **Moure. Zur Behandlung der exsudativen Coryza. (An application for exudative coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 9. October 1899.*

Rp. Jodi 0,09
Kalii jodati 0,225
Acid. carbol. 0,45
Laudani 0,90
Glycerin. 40,5.

M. D. S. Mit einem Kameelhaarpinsel in die Nase einzupinseln. LEFFERTS.

35) **Gaston. Die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborener. (Du rôle du coryza dans la mortalité des nouveaux-nés syphilitiques.)** *Société de Pédiatrie. 10. October 1899.*

Die Schwere dieser Affection bei kleinen Kindern liegt in der Enge der Nasenwege. Die locale Behandlung ist darum besonders wichtig. Dieselbe soll in Ausspülungen und Lufteinblasungen mit dem Politzer'schen Ballon bestehen. PAUL RAUGÉ.

36) **W. Freudenthal. Hydrorrhoea nasalis. (Hydrorrhoea nasalis.)** *New Yorker med. Wochenschr. October 1899.*

F. legt 120 ccm der Flüssigkeit vor, die dem Pat. aus der Nase träufelt. EMIL MAYER.

37) **T. Fisher. Cerebrospinale Rhinorrhoe. (Cerebrospinal rhinorrhoe.)** *Brit. Med. Journal. 18. November 1899.*

Kurze Krankengeschichte. 4jähriger Knabe, seit 4 Monaten krank, auf Meningitis behandelt. War ganz blind und schlaflos. Nachdem mehrere Tage eine klare Flüssigkeit in reichlicher Menge aus der Nase abgeflossen, zeigte sich eine ausgesprochene Besserung. ADOLPH BRONNER.

38) **Cl. Bernoud** und **M. Péhu** (Lyon). **Typhöses Geschwür der Nase mit reichlicher Blutung. (Ulcère typhique du nez avec hémorrhagie abondante.)** *Province Médicale. 16. Juli 1899.*

27jährige Frau, früher nicht krank, bekommt einen Typhus und im Verlaufe desselben Blutbrechen und Melaena, die sich als Folge von Ruptur einer Arterie

der Nasenscheidewand herausstellen. Die Beobachtung ist nach zwei Richtungen interessant: 1. wegen der Ulceration in der Nase bei Typhus an sich und 2. wegen der Schwierigkeit der Diagnose, da alles Blut verschluckt wurde und nichts aus der Nase herausfloss.

PAUL RAUGÉ.

39) Otto J. Stein. **Ein Fall von Erysipel der Nase und Kieferhöhle complicirt mit Gesichtserysipel. (A case of erysipelas of the nose and maxillary sinus complicated by facial erysipelas.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

40) A. A. G. Guye (Amsterdam). **Ueber Aprosexia nasalis, mit besonderer Berücksichtigung der Literatur. (Over apresexia nasalis, in verband met de literatuur over dat onderwerp.)** *Geneesk. Bladen. V. No. 12.*

Historischer Ueberblick, in welchem G. darauf hinweist, dass die grosse Mehrzahl der Autoren sowohl den Begriff der Aprosexia wie auch des Autors Erklärung desselben acceptirt hat. Er bespricht dann die abweichenden Meinungen von Schutter, der die Aprosexia als eine Folge von verlangsamter Circulation in Cranio durch die oberflächliche Athmung der Mundathmer auffasst; von Zarniko, der die Aprosexia als eine Form nasaler Neurasthenie betrachtet; von Stephan Titeff, welcher die Aprosexia auf Rechnung der von den adenoiden Vegetationen bedingten Schwerhörigkeit schreibt, und von Walker Downie, der das Leiden auf mehr psychologischem Wege erklärt, indem er annimmt, dass die oberflächliche Athmung das für die Aufmerksamkeit nothwendige Anhalten des Athems verbietet und dadurch Ursache von Aprosexie werden kann. Sämmtliche Meinungen werden von G. ausführlich widerlegt.

H. BURGER.

41) Royet (Lyon). **Ein Schleimpolyp der Nasenhöhle. (Polype muqueux des fosses nasales.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. Mai 1899.*

Der Tumor hatte in seinem Centrum ein nadelförmiges Stück von echtem Knochen. R. glaubt diese Bildung zurückführen zu müssen auf die Ossification von einem bei früheren Exstirpationsversuchen mit der Zange losgelösten Stück Periosts. Er verwirft mit Recht die Anwendung dieses Instruments zur Behandlung von Schleimpolypen der Nase.

PAUL RAUGÉ.

42) Albertin (Lyon). **Umklappen der Nase wegen Nasenpolypen. (Abaissement du nez pour polype nasal.)** *Soc. de Med. de Lyon. 4. December 1899.*

A. stellt einen Kranken vor, den er wegen eines umfangreichen Tumors der Aussenwand der linken Nasenhöhle nach Ollier's Methode operirt hat. Das Resultat ist vorzüglich, insbesondere auch vom ästhetischen Gesichtspunkte.

PAUL RAUGÉ.

43) G. Martuscelli. **Einfaches Angiom der Nasenhöhle. (Angioma simplice della fossa nasale.)** *Arch. Ital. di Laringol. Naples. April 1899.*

Ein haselnussgrosser Tumor, der mit einem kurzen dicken Stiel am vorderen Ende der rechten mittleren Nasenmuschel haftete. Derselbe wurde von Prof. Massei mit der kalten Schlinge abgetragen. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein einfaches Angiom handelte.

JAMES DONELAN.

44) **Rivière** (Lyon). **Osteome der Nasenhöhlen. (Ostéomes des fosses nasales.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Bei einer Patientin, die seit 6 Jahren wegen Ozaena in Behandlung ist, wurden 6 Osteome von Erbsen- bis klein Nussgrösse aus der Nase exstirpirt.

PAUL RAUGÉ.

45) **Vymola** (Prag). **Rhinosclerom.** Verein böhmischer Aerzte in Prag, Sitzung vom 20. November 1899. — *Wiener klin. Rundschau. No. 51. 1899.*

Demonstration eines Falles von Sklerom der Nase und des Kehlkopfes, welcher der Seruminjection zugeführt wird.

CHIARI.

46) **J. Gourdiat. Beitrag zum Studium der malignen Geschwülste und der tuberculösen Pseudo-Neubildungen der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

In der unter Garel's Leitung gearbeiteten Doctordissertation kommt G. zu folgenden Schlüssen:

1. Die malignen Geschwülste der Nase sind ziemlich häufig. Dieselben sind Epitheliome, Adenome oder Mischgeschwülste. Sie entstehen primär oder durch Degeneration oder Propagation.

2. Diese Tumoren sind selten gestielt; im Allgemeinen sind sie breitbasig und diffus.

3. Die Prognose ist ernst a) wegen der Natur der Geschwulst, b) wegen der möglichen Complicationen, c) wegen der Schwierigkeit der Operation.

4. Die Diagnose ist schwierig und erfordert die histologische Untersuchung.

5. Die Behandlung muss frühzeitig eingreifen und radical sein.

Wenn bei gewissen gestielten Formen die Abtragung per vias naturales genügen kann, so ist es in den meisten Fällen nöthig, vorbereitende Eingriffe zu machen. Die hauptsächlichen Methoden, die für diesen Zweck vorgeschlagen wurden, sind die von Chassaignac, Verneuil, Rouge und schliesslich die von Ollier, die am meisten zu empfehlen ist. Der Weg vom Gaumen oder von der Wange her ist nur selten indicirt.

6. Die Hauptvortheile des Ollier'schen Verfahrens (Herunterklappen der Nase durch bilaterale verticale Osteotomie) sind:

a) Der breite Einblick, der sich in die obere Partie der Nasenhöhle eröffnet;

b) die Leichtigkeit und Gutartigkeit der Operation;

c) die geringe Bedeutung der Narbe, die zurückbleibt;

d) die Leichtigkeit der Blutstillung, ein Punkt, der gerade bei den malignen Tumoren die grösste Wichtigkeit hat.

7. Die grossen Operationen geben selten dauernde Heilung, mit Sicherheit aber palliative Resultate (Freiwerden der Nasenathmung, Besserung des Gesammtzustandes), die den Eingriff rechtfertigen.

Die Statistik, die bisher sehr trübe ist, scheint sich zu bessern, seit die Diagnose frühzeitiger gestellt wird und die Operation radicaler geworden ist.

PAUL RAUGÉ.

47) **J. B. Shelmire. Zwei Fälle von Epitheliom. (Two cases of epithelioma.)** *The Texas Clinic. November 1899.*

Ein Fall von Nasenepitheliom und ein zweiter von Epitheliom der Wange. Bei beiden wurden Aetzpasten applicirt. Der erste recidivirte nach 16 Monaten, der zweite nach 6 Monaten.

EMIL MAYER.

48) **M. J. Coomes. Zwei Fälle, in denen der klinische Befund und die mikroskopische Untersuchung irre führten. (Two cases in which the ordinary clinical evidences and microscopical examination were misleading.)** *Americ. Practitioner and News. 1. October 1899.*

In dem zweiten Fall wurde ein Sarcom der Nase diagnosticirt; der mikroskopische Befund war der eines Sarcoms aus kleinen Rundzellen. Die Geschwulst wurde exstirpirt. Da kein Recidiv erfolgte, schliesst Verf., dass eine Differentialdiagnose zwischen Granulationsgewebe und kleinzelligem Sarcom nicht sicher zu stellen ist.

EMIL MAYER.

49) **Frémont** und **Demerliac** (Caen). **Nasensarcom geheilt durch Electrolyse. (Sarcome nasal guéri par électrolyse.)** *Année Médicale. 15. Juni 1899.*

Die Verff. beobachteten Heilung eines umfangreichen Sarcoms, das die ganze linke Nasenhöhle einnahm, durch die bipolare Elektrolyse mit Einlegung beider Elektroden in die Insertionsstelle des Tumors. Der Strom wurde von 0 auf 90 Milliampères gesteigert, dann intervertirt und allmälig auf 80 Milliampères gebracht. Nach 2 Monaten war die Geschwulst verschwunden; ein Recidiv ist nach Jahresfrist nicht eingetreten.

PAUL RAUGÉ.

50) **Hoell Tyler. Ein Zahn in der Nasenhöhle. (A tooth in the nasal cavity.)** *Southern California Practitioner. Juni 1899.*

Der Pat., der die normale Zahl von Zähnen im Kiefer besass, hatte einen überzähligen Zahn, welcher vom Nasenseptum aus wuchs. Derselbe sah einer Dens canina gleich und erstreckte sich horizontal durch die Nasenhöhle direct am Boden derselben; seine Spitze steckte in der unteren Muschel. Er wurde mit dem Bohrer entfernt.

EMIL MAYER.

51) **D. S. Humphreys. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Nase. (Removal of a foreign body from the nose.)** *N. Y. Med. Record. 2. Dec. 1899.*

H. entfernte den Fremdkörper, indem er den Politzer'schen Ballon in die andere Nasenseite einführte und plötzlich stark zusammendrückte.

LEFFERTS.

52) **E. Sturrock. Eine Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr. (A method for the removal of foreign bodies from the nose and ear.)** *Brit. Med. Journal. 25. November 1899.*

Ein Stück Hartgummirohr wird auf eine dichte Spritze aufgesetzt, sein äusserstes Ende in Glycerin getaucht und dann in die Nase eingeführt, bis es den Fremdkörper berührt. Die Spritze wird nun ausgezogen und der Fremdkörper dadurch an das Rohr angesaugt, sodass beide zusammen herausgezogen werden können.

ADOLPH BRONNER.

53) **J. C. Thompson. Fremdkörper in der Nase. (Foreign body in the nares.)** *Philad. Medical Journal. 14. October 1899.*

Ein Getreidekorn wurde mit vieler Mühe aus der Nase eines Kindes entfernt.

EMIL MAYER.

54) **J. A. Stucky. Die Chirurgie der Nasenmuscheln. (Surgery of the turbinated bones.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 14. October 1899.*

Das erste und wichtigste Gebot bei allen intranasalen Operationen ist, nur soviel von den Geweben zu entfernen, als absolut nothwendig ist. Für die Exstirpation eines Theiles oder der ganzen mittleren Muschel ist die Scheere das geeignetste Instrument, und zwar ist die von C. R. Holmes angegebene am meisten zu empfehlen. Die verschiedenen Zangen, Schlingen, Turbinotome u. a. m. sind nur ausnahmsweise zu gebrauchen. Für die Operation der unteren Muschel benutzt S. ein Scalpell mit schmalem Blatt, die Säge und eine feste gerade Scheere. Er schneidet mit dem Scalpell durch die Weichtheile dem Rand der Muschel entlang und legt den Knochen bloss, indem er den Messerrücken zum Schaben benutzt. Der Knochen wird dann mit der Scheere durchschnitten oder, wenn er zu fest ist, durchsägt.

EMIL MAYER.

55) **Baumgarten** (Budapest). **Die blutige Behandlung der Hypertrophien des chronischen Nasencatarrhs.** *Wiener med. Presse. No. 46. 1899.*

Für den Specialisten nichts Neues. — B. bedient sich bei grossen Hypertrophien gern der Scheere.

CHIARI.

56) **Edwin Pynchon. Die pathologische mittlere Muschel. (The offending middle turbinal.)** *The Laryngoscope. September 1899.*

Einen Theil der erkrankten mittleren Muschel entfernt Verf. mit einer geschützten Trephine, die abhängige Partie derselben nimmt er mit der Nasenscheere und der kalten Schlinge fort.

EMIL MAYER.

57) **C. A. Crainton. Die Wichtigkeit der operativen Behandlung von Nase und Hals. (Importance of operative treatment of nose and throat.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 4. November 1899.*

Trotz allem, was über den kritiklosen Gebrauch des Galvanocauters in der Nase gesagt worden ist, empfiehlt der Verf. denselben in einer Arbeit, die für den allgemeinen Praktiker geschrieben worden ist, auf das Wärmste.

EMIL MAYER.

58) **G. V. Woolen. Einige Indicationen intranasaler Chirurgie. (Some phases of intranasal surgery.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 30. December 1899.*

Intranasale Eingriffe sollen unternommen werden: zur Herstellung nasaler Athmung und Besserung von Krankheiten der Athemwege; um Abfluss zu schaffen für die Nase und ihre Nebenhöhlen; um Reizung durch Druck und locale Hyperästhesie zu beseitigen; um eine locale Medication möglich und erfolgreich zu machen; um Gehör- und Stimmstörungen zu beseitigen; schliesslich zur Entfernung maligner Geschwülste.

EMIL MAYER.

59) S. Flatau (Berlin). **Die radicale Operation des knöchernen Choanalverschlusses.** *Wiener klin. Rundschau. No. 40. 1899.*

F. resecirte zuerst die sehr grosse, fast bis an das Septum reichende untere Muschel und meisselte sodann, unter Digitalcontrole vom Nasenrachenraum her, die Knochenplatte, die die rechte Choane verschloss, durch. Heilung. — F. räth auch bei doppelseitigem Choanalverschlusse das von ihm geübte Verfahren einzuschlagen.

CHIARI.

60) Geo L. Richards. **Die kleine Chirurgie der Nase und des Halses. (The minor surgery of the nose and throat.)** *International Journal of Surgery. October 1899.*

Der Verf. zählt eine Reihe von Eingriffen auf, die der allgemeine Praktiker selbst leicht ausüben kann; dazu gehören die Cauterisation der Muscheln, das Abschnüren von Polypen, vordere und hintere Tamponade bei Blutung, Chromsäure- und galvanocaustische Aetzung bei folliculärer Pharingitis etc. (In dieser Allgemeinheit gegebene Rathschläge sind unpraktisch und zu verwerfen. Ref.)

EMIL MAYER.

61) Edmund Wertheim. **Complicationen nach intranasalen Operationen. (Complications following intranasal operations.)** *Archives of Otology. August 1899.*

Postoperative Infection kann local sein, d. i. beschränkt auf das Operationsfeld und seine unmittelbare Umgebung, oder sie ist allgemein, indem die Bakterien durch die Lymphbahnen oder die Blutgefässe sich verbreiten. Die Eingriffe müssen vollkommen aseptisch vorgenommen werden, da die Gefahr in der Einbringung von Keimen von aussen her liegt; die in der Nase selbst befindlichen Mikroorganismen sind gewöhnlich infolge der natürlichen Schutzvorrichtungen der Nase unschädlich.

EMIL MAYER.

62) H. O. Pantzer. **Die Nase als ursächliches Moment bei postoperativer Erkrankung. (The nose a factor of post-operative disease.)** *American Journ. of Obstetrics. November 1899.*

P. berichtet über einen Fall von Septicämie, die, wie er glaubt, in der Nase ihren Ursprung hatte, nach einer Colotomie. Er will nasale Complicationen bei 30 pCt. seiner operirten Fälle beobachtet haben.

EMIL MAYER.

63) W. S. Laton. **Einige Missbräuche in der Nasenchirurgie. (Some abuses in nasal surgery.)** *The Medical Dial. September 1899. North Carolina Med. Journal. 20. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

64) Dunbar Roy. **Einige Fehlschlüsse in der modernen Therapie der Nasen- und Halskrankheiten. (Some fallacies in the modern treatment of nose and throat diseases.)** *N. Y. Med. News. 19. August 1899.*

Der Spray und der Galvanocauter werden nach R.'s Ansicht zu oft und ohne scharfe Indicationsstellung benutzt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **T. A. Mullen. Ueber den Missbrauch des Galvanocauters in der Nase. (Abuse of the galvano-cautery in the nose.)** *Southwestern Medical Record. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt äusserste Vorsicht beim Gebrauch des Galvanocauters in der Nase; man soll nur dann und so lange brennen, als man sieht. EMIL MAYER.

66) **Courtade** (Madrid). **Ueber das Tamponiren der Nasenhöhlen mit einer neuen Sonde. (Sobre el taponamiento de las fosas nasales con una nueva sonda.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. No. 11. 1899.*

Genannte Sonde ist eine verbesserte Modification der Belloc'schen Sonde. Ihre leichte Einführung in die Nasenhöhle und die augenblickliche Befestigung des Fadens des Tampons geben ihr der andern gegenüber den Vorzug.

R. BOTEY.

67) **G. d'Ajutolo** (Bologna). **Ueber den Nutzen der Federposen in der nasalen und nasopharyngealen Therapie. (Dell'uso delle barbe di penna nella terapia delle fosse nasali e del naso-faringe.)** *Archiv. Ital. di Otol., Rinol. e di Laringol. Turin. Vol. IX. p. 194. 1899.*

Verf. berichtet sehr eingeheud über den Nutzen der Federposen zum Zweck einer schnellen Reinigung der Nase und des Nasenrachenraums. Besonders werthvoll soll die stimulirende Wirkung auf die Schleimhaut bei Ozaena sein.

JAMES DONELAN.

68) **Ernest Brown. Eine Nasenschlinge. (A nasal snare.)**

Abbildung und Beschreibung der Schlinge; dieselbe ist von Mayer und Meltzer in London zu beziehen. ADOLPH BRONNER.

69) **W. Wingrave. Aseptische Nasen- und Ohrenspritze zum Selbstgebrauch. (Aseptic aural and nasal syringe for self use.)** *Lancet. 6. Mai 1899.*

Abbildung und Beschreibung der bei Mayer und Meltzer in London gefertigten Spritze. ADOLPH BRONNER.

70) **Heilmaier** (Kleinwellstadt). **Beitrag zur Frage des Zusammenhanges von Augen- und Nasenerkrankungen.** Dissert. Würzburg 1899.

In der vorliegenden Dissertation werden die Ergebnisse der von Seifert seit vielen Jahren in der Würzburger Augenklinik angestellten Untersuchungen über den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankungen zusammengefasst.

SEIFERT.

71) **Derrick J. Vail. Abscess nasalen Ursprungs. (Abscess of nasal origin.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 25. November 1899. Cincinnati Lancet-Clinic. 23. December 1899.*

Der vorgestellte Patient hat einen Abscess in der Gegend des Thränensacks, der nasalen Ursprungs ist. Die mittlere Nasenmuschel ist enorm vergrössert und drückt gegen das Septum; aus dem mittleren Nasengang fliesst Eiter. Die Anamnese ergiebt syphilitische Infection. EMIL MAYER.

72) **Redact Notiz. Osteoperiostitis der Orbita nach Kieferhöhlenentzündung. (Osteoperiostitis of the orbit following maxillary sinusitis.)** *The Medical Bulletin. November 1899.*

Wiedergabe eines von Baudoin veröffentlichten Falles. EMIL MAYER.

73) **Preiswerk** (Basel). **Beiträge zur Corrosionsanatomie der pneumatischen Gesichtshöhlen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXV. 1899.*

Nach einer kurzen Darstellung der Technik des Corrosionsverfahrens bespricht P. die Metallcorrosionspräparate der Nasenhöhle eines Neugeborenen, die Ausgüsse der pneumatischen Gesichtshöhlen des Erwachsenen, eines macerirten Schädels und der pneumatischen Gesichtshöhlen des intrabulbären Raumes eines Erwachsenen. Sehr schöne Tafeln dienen zur Illustration. SEIFERT.

74) **Arthur J. Sumner. Siebbein und Nasencatarrh. (The ethmoid bone and nasal catarrh.)** *Journal of Medicine and Science. November 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

75) **L. Rethi. Negative Luftdouche als diagnostisches Hilfsmittel bei Nebenhöhleneiterung. (Negative air douche diagnostic in suppuration of nasal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 2. December 1899. Wiener klin. Rundschau. No. 43. 1899.*

Die Nase wird erst gründlich gereinigt und inspicirt, dann nimmt Pat. einen Schluck Wasser in den Mund, und während die eine Seite der Nase fest geschlossen ist, wird in die andere der comprimirte Politzer'sche Ballon eingeführt. Der Pat. schluckt, und gleichzeitig wird die Compression des Ballons aufgehoben. Dadurch wird ein negativer Druck ausgeübt und Eiter aus den Nebenhölen in die Nase aspirirt. Dies wird ein- oder zweimal wiederholt und event. nach ein paar Tagen, während deren Jodkali zur Verflüssigung der vermutheten Secrete gegeben ist, noch einmal vorgenommen. EMIL MAYER.

76) **E. Larne Vansant. Eine neue Behandlungsweise für gewisse Formen von Kopfschmerz, Taubheit und Ohrenklingen. (A novel treatment of certain forms of headache, deafness and of tinnitus aurium.)** *Philad. Med. Journal. 8. September 1899.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, in denen er durch Eintreiben von heisser Luft in die Nasennebenhöhlen rasche Heilung erzielte. Er erklärt den Erfolg dieser Methode dadurch, dass infolge von Verstopfung der engen Ausführungswege eine Retention von Flüssigkeiten oder Gasen in den Nebenhöhlen statthat und das kräftige Ausblasen der Höhlen mit heisser Luft diese eröffnet und reinigt. Vorbereitet wird die Lufteinblasung durch Einpinselung der Nase mit Cocain oder Eucain mit oder ohne Nebennierenextract. EMIL MAYER.

77) **H. L. Swain. Acute Stirnhöhlenentzündung. (Acute frontal sinusitis.)** *Medicine. November 1899.*

Die Nasenwege werden durch Cocain und Suprarenalextract möglichst offen gehalten. Während der Abschwellung der Nasengewebe gelingt oft auch die Son-

dirung der Stirnhöhle, die täglich vorgenommen werden kann und dem Pat. erhebliche Erleichterung schafft. Sind Granulationen vorhanden, so werden sie mit der Curette entfernt.

EMIL MAYER.

78) **Norman C. Yarian. Stirnhöhlenentzündung und Otitis media als Complication von Influenza. (Frontal sinusitis and otitis media complicating influenza.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899.*

Krankengeschichte eines Falles.

EMIL MAYER.

79) **F. W. Hinkel. Bericht über die operative Behandlung mehrerer Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung. (A report of the operative treatment of several cases of frontal and maxillary sinusitis.)** *Buffalo Medical Journal. November 1899.*

Zur Operation des Kieferhöhlenempyems empfiehlt Verf. die Caldwell-Luc'sche Methode.

EMIL MAYER.

80) **Réthi** (Wien). **Ein weiterer Fall von Tuberculose der Kieferhöhle.** *Wiener med. Presse. No. 51. 1899.*

Wahrscheinlich erfolgte Selbstinfection von der Nase aus durch Fortleitung des Processes von der unteren Muschel auf die äussere Wand des mittleren Nasenganges und von hier aus in die Kieferhöhle.

CHIARI.

81) **O. Jacob. Ein neues Verfahren zur Catheterisirung der Keilbeinhöhle. (Nouveau procédé de cathétérisme du sinus sphenoidal.)** *Société anatomique. 3. November 1899.*

J. folgt mit dem Katheter der oberen Wand der Nasenhöhle und dreht dann den Schnabel der Sonde leicht nach aussen. Er geht von dem Factum aus, dass das Orificium der Keilbeinhöhle oben im Recessus spheno-ethmoidalis und nicht in den seitlichen Partien der Nasenhöhle liegt.

PAUL RAUGÉ.

82) **C. E. Bean. Symptomatologie und Diagnose der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Suppurative disease of the accessory cavities of the nose. Their symptomatology and diagnosis.)** *Northwestern Lancet. 1. December 1899.*

Kurze Uebersicht über dieses Thema.

EMIL MAYER.

83) **Lennox Browne. Eine anatomische Bemerkung zur Aetiologie der nasopharyngealen Erkrankungen. (An anatomic point in the etielogy of nasopharyngeal disease.)** *Philadelphia Med. Journal. 26. August 1899.*

Je weiter die Entfernung zwischen dem weichen Gaumen und dem Pharynx ist, um so sicherer darf man erwarten, bei der Untersuchung post-nasale Störungen zu finden. Rhinitis atrophicans ist verbunden mit übermässigem Offenstehen des Orificium und Vestibulum nasi, der Nasenhöhlen und des naso-pharyngealen Gewölbes.

EMIL MAYER.

84) **Aviragnet. Digestionsstörungen bei Rhinopharyngitis und chronischer Mandelentzündung der Kinder. (Des troubles digestifs dans la rhino-pharyngite et l'amygdalite chronique chez les enfants.)** *Soc. de Pédiatrie Paris. 14. November 1899.*

A. berichtet über 4 Fälle von sehr schweren Verdauungsstörungen (fötide Diarrhöen, Gastroenteritis, Enteritis pseudomembranacea) bei kleinen Kindern infolge von chronischer Nasenrachen- und Mandelentzündung. Wahrscheinlich lag eine Intoxication durch die Secretionsproducte vor. Die locale Behandlung des Halses und Nasenrachens führte sehr schnell zur Heilung der Magen- und Darmstörungen.

A. CARTAZ.

85) **Aviragnet. Behandlung der mit chronischer Mandel- und Nasenrachenentzündung einhergehenden dyspeptischen Störungen. (Traitement des troubles dyspeptiques liés à la rhinopharyngite et à l'amygdalite chronique.)** *Presse méd. 20. December 1899.*

A. giebt gegen die Magendarmstörungen Calomel in fractionirten Dosen, Benzonaphthol und lässt Darmspülungen machen. Die Ernährung muss überwacht werden. Noch wichtiger aber ist die Localbehandlung des Nasenrachens durch nasale Injectionen und Instillationen von folgender Lösung:

Resorcin. 1,0
Ol. olivar. sterilis. 20,0
Ol. menth. piperit. gtt. 2.

A. CARTAZ.

86) **E. Fletcher Ingals. Fibröser Tumor des Nasenrachenraums. (Fibrous tumor of the nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

Der Fall, den Verf. in der 21. Jahresversammlung der Americ. Laryngolog. Association vorgestellt hat, ist von Interesse, weil er nicht nur die Tendenz der fibrösen Geschwülste zum Recidiviren, sondern auch das Verschwinden dieser Tendenz und sogar die Tendenz zu vollständiger Atrophie beim Eintritt des Patienten in das erwachsene Alter (Pat. ist 22 Jahre) zeigt.

LEFFERTS.

87) **Pifl** (Prag). **Hyperplasie und Tuberculose der Rachenmandel.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. XX. p. 297. 1899.*

Ausführliche statistische Arbeit. P. stellt fest, dass die hyperplastischen Rachenmandeln in einer gewissen, wenn auch nicht hohen Procentzahl Tuberculose in sich enthält, und dass die Gefahr einer weiteren Verbreitung dieser Erkrankung von hier in die Umgebung der Mandel und auch in den übrigen Organismus besteht, woraus die strenge Indication folgt, alle Rachenmandeln vollständig zu entfernen. P. fand unter seinen 100 exstirpirten Rachenmandeln dreimal sichere Tuberculose.

CHIARI.

88) **A. Desimoni. Thyreoid-Behandlung bei Ohrerkrankungen infolge von adenoiden Vegetationen. (L'opoterapia tireoidea nelle lesioni adenoidei del rinofaringe.)** *Gazzette degli ospedali e delle cliniche. 11. Februar 1900.*

Ausgehend von der Anschauung Hertoghe's dass die adenoiden Vegetationen nur ein Symptom sind einer dem Myxödem verwandten Allgemeinerkran-

kung — Adenoidismus —, die wahrscheinlich auf einer mangelhaften Function der Schilddrüse beruht, hat Verf. in einer Anzahl von Fällen Thyroidintabletten brauchen lassen. Er berichtet über drei Fälle, bei welchen er den günstigen Verlauf von Mittelohrerkrankungen bei Adenoiden auf diese Art der Therapie zurückführt.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

89) **C. Redard** und **Frank Michel. Tiefe Medianfurche der Unterlippe und des Kinns. Mediane Spalte des Unterkiefers. Missbildung der Zunge. (Sillon médian profond de la lèvre inferieure et du menton. Division médiane du maxillaire inférieur. Malformation de la langue.)** *Presse méd. 30. Juli 1899.*

Die Missbildung, die der vorgestellte Fall darbietet, ist excessiv selten. Spaltung der Zunge bezeichnet den höchsten Grad von Lippen-Kieferspalte. Parise hat einen Fall beschrieben, bei dem die Zunge ihrer ganzen Länge nach gespalten war.

PAUL RAUGÉ.

90) **Nobl** (Wien). **Miliartuberculose der Lippenschleimhaut in Combination mit verrucöser Tuberculose der Mundwinkel.** Wiener dermatol. Gesellsch., 14. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1899.*

Demonstration eines Falles von wahrscheinlicher Inoculationstuberculose.

CHIARI.

91) **Neumann** (Wien). **Papilläre Wucherungen an den Lippen und der Mundschleimhaut.** Demonstrat. in der Wiener dermat. Gesellsch. v. 8. Nov. 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Obige Erkrankung besteht seit 7 Jahren. Die Papillome zeigen an der Spitze einige weisslich verfärbte Knötchen, aus denen sich auf Druck ein klares, klebriges Secret auspressen lässt.

CHIARI.

92) **Gaucher** und **Lacapère. Lymphangiom der Unterlippe. (Lymphangiome de la lèvre inferieure.)** *Société de Dermatolog. et de Syphiligraphie. 9. September 1899.*

12jähriges Kind mit einem kleinen Tumor an der Unterlippe; der flüssige Inhalt desselben ergab bei der Untersuchung das Vorhandensein zahlreicher Leukocyten.

PAUL RAUGÉ.

93) **Balzer** und **Gauchery. Heilung eines ulcerirten Epithelioms der Unterlippe durch den Paquelin und Applicationen von Magnesiumchlorat. (Guérison d'un épithéliome ulcéré de la lèvre inférieure par la cauterisation ignée et les applications de chlorate de magnésie.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligraphie. 9. September 1899.*

Es handelte sich um ein Epitheliom am freien Rande der Unterlippe. Dasselbe wurde zuerst durch eine Salbe von Magnesiumchlorat 1 : 5 gebessert und dann durch das Glüheisen vollständig zur Vernarbung gebracht.

PAUL RAUGÉ.

94) **Martin** (Lyon). **Osteosarcom des Unterkiefers. Resection. Prothese. (Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Résection. Prothèse.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 8. Juni 1899.*

Es handelt sich um einen von Pollosson operirten Fall, dem M. sofort nach der Operation eine Prothese anlegte. Der Apparat wurde nach einiger Zeit infolge der Retraction der Haut ausgestossen, und es bildete sich eine erhebliche Missgestaltung des Kinns. Ein neuer Apparat wurde construirt, der durch seine Schwere einen Zug auf die Narbe ausübte und der allmälig die Verhältnisse wieder besserte. PAUL RAUGÉ.

95) **L. Bouchacourt** (Lyon). **Die Endodiascopie; ihre Technik und ihre Ergebnisse. (L'endodiascopie; sa technique et ses resultats.)** *Congrès pour l'avancement des Sciences. Boulogne. 14.—21. Juli 1899.*

Es handelt sich um Versuche mit Röntgenstrahlen. Die Crookes'sche Röhre wird in den Mund eingeführt, und es gelingt die Kiefer ebenso distinct zur Anschauung zu bringen, wie etwa die Phalangen der Hand. PAUL RAUGÉ.

96) **M. Kraus** (Wien). **Elephantiastische Wucherung in der Gingiva.** Verein der österr. Zahnärzte, Sitzung vom 4. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 50. 1899.*

Die Schwellung war so bedeutend, dass die Gingiva einzelne Zähne ganz bedeckte. — Paquelin und Lapisbehandlung. CHIARI.

97) **Rille** (Innsbruck). **Zwei Fälle von Pemphigus.** Wissenschaftl. Aerzte-Gesellsch. in Innsbruck vom 28. October 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 2. 1900.*

In einem der Fälle hatte die Krankheit nebst verschiedenen Theilen der äusseren Haut auch die Schleimhaut des Mundes und Rachens befallen und bot sich daselbst das Bild der mit hämorrhagischem Inhalt gefüllten Bläschen dar, die theils erhalten, theils eingesunken und geplatzt waren. CHIARI.

98) **L. Giamelli. Untersuchungen über den Ductus Stenonianus. (Ricerche sul canale di Stenone.)** *Atti della R. Academia dei Fisiocritici in Siena. No. VII. 1899.*

Eine auf zahlreichen anatomischen Untersuchungen basirende Arbeit, deren interessante, zum Referat jedoch nicht geeigneten Ergebnisse werthvolle Aufschlüsse über die Beziehungen des Ductus Stenonianus zum äusseren Gehörgang und der Mundhöhle geben. FINDER.

99) **L. Ajello** (Neapel). **Ligatur-Träger für die Uvula. (Portalaccio per l'ugola.)** *Arch. Ital. di Laringol. Napoli. April 1899.*

Das Instrument dient zur leichteren Anlegung einer Ligatur um die Uvula bei störender Blutung nach der Uvulotomie. Es besteht aus zwei horizontal gestellten Ringen am Ende eines passenden Griffs. Die Ringe sind flach, der untere etwas weiter, so dass er die vorher locker geknotete Ligatur trägt und über den Stumpf des Zäpfchens überstreift. JAMES DONELAN.

100) **Kluk-Kluczycki. Ueber eine seltene Localisation des Herpes im Verlaufe der croupösen Pneumonie.** Aus dem Wilhelminenspital in Wien. — *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1899.*

Es handelt sich um Herpesbläschen, die im Verlaufe einer Pneumonie auch an der Zunge auftraten. Mit deren Verschwinden trat die Krisis ein. — Die Untersuchung des Inhalts jener Bläschen, sowie solcher auf den Lippen ergab das Vorhandensein von Leukocyten, Epithelzellen und in Agarcultur den Staphylococcus pyog. aureus.

CHIARI.

101) **Nobl** (Wien). **Gumma linguae.** Demonstr. in der Wiener dermatol. Gesellschaft vom 8. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Es fand sich ein grossknotiges Gumma in der Zunge bei einem 30jährigen Manne, der vor mehreren Jahren Lues acquirirte. N. behandelte den Fall mit subcutanen Jodipininjectionen, wobei keinerlei unangenehme Nebenwirkungen auftraten und der Erfolg ein sehr zufriedenstellender war.

CHIARI.

102) **Patel** (Lyon). **Angiolithen und Hämangiome der Zunge. (Angiolithes et hémangiomes de la langue.)** *Soc. des Sciences méd. 29. November 1899.*

P. demonstrirte 3 Angiolithen, die er in 2 Hämangiomen der Zunge gefunden hat. Solche Bildungen sind recht selten.

PAUL RAUGÉ.

103) **W. Downie. Zwei Fälle von primärem Sarcom der Zunge, der eine gestielt, der andere interstitiell. (Two cases of primary sarcoma of the tongue; one pedunculated, the other interstitial.)** *British Medical Journal. 21. October 1899.*

Die Arbeit ist der Abdruck eines in der Abtheilung für Chirurgie auf der 67. Jahresversammlung der Brit. Med. Association gehaltenen Vortrages. Von gestieltem Sarcom der Zunge sind nur 5 Fälle bekannt geworden. Der Pat. D.'s ist ein Mann von 34 Jahren, der seit 5 Wochen über Halsbeschwerden klagt. Der Schmerz ist wechselnd stark, zu manchen Stunden treten Schluck- und Athembeschwerden hinzu. An der linken Seite der Zunge, hinter den Papillae circumvallatae sitzt ein wallnussgrosser Tumor. Derselbe wird nach Schlitzung der linken Wange mit der Scheere abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass es sich um ein Spindelzellensarcom handelt.

Fall 2. Mann von 23 Jahren klagt seit 2 Monaten über Schmerzen in der rechten Seite des Larynx und Halses. Es bestehen leichte Beschwerden beim Schlucken und geringe Athemnoth. Der Pat. selbst glaubt, dass er eine Gräte im Halse habe. Die rechte Gaumenmandel und die rechte Zungenhälfte sind geschwollen. Die ganze Zunge mit den benachbarten Geweben, soweit sie afficirt sind, werden exstirpirt. Die histologische Untersuchung ergiebt Rundzellensarcom.

ADOLPH BRONNER.

104) **H. M. O'Hara** (Melbourne). **Excision der Zunge. (Excision of the tongue.)** *Australasian Med. Gazette. 20. October 1899.*

Um die Zunge blutlos zu excidiren, löst Verf. sie vom Zungenboden und von den vorderen Gaumenbögen ab, lässt sie stark nach vorn ziehen und legt eine

doppelte Ligatur tourniquetartig um ihre Basis. Behufs Controle der erfolgten Unterbindung aller Gefässe wird später die Ligatur gelockert. A. J. BRADY.

105) **Grossheintz-Siebenmann** (Basel). **Ueber die Beziehungen der Hypsistaphylie zur Leptoprosopie.** Baseler Dissertation. Berlin bei Schumacher. *Archiv f. Laryngologie. 8. Bd. 3. Heft. 1898.*

Gr. machte nach der im V. angegebenen Formel Messungen für folgende Indexe:

1. Hirnschädelindex,
2. Gaumenhöhenbreitenindex,
3. Gaumenbreitenlängenindex,
4. Nasenindex,
5. Obergesichtsindex,
6. Augenhöhlenindex,
7. Choanenindex $= \frac{100 \times \text{Höhe}}{\text{Summe der Breite beider Choanen}}$.

Die Gaumenbreite wurde zwischen den hinteren Bicuspidales gemessen.

Verf. kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Mit dem hohen schmalen Gaumen (Hypsistaphylie) ist gewöhnlich auch eine allgemeine schmale Gesichtsbildung (Leptoprosopie) verbunden.

2. Schmale Nasenhöhle (Leptorhynie), schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation.

3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels und nicht auf extrauteriner späterer Beeinflussung durch Nasenstenose (!). JONQUIÈRE.

106) **F. Berini** (Barcelona). **Oedem der hinteren Gaumenfalte und der entsprechenden Hälfte des Gaumensegels; Nephritis; Heilung. (Edema del pilar posterior y de la mitad correspondiente al velo del paladar; nefritis; curacion.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. Nov. 1899.*

Mittheilung eines seltenen Falles von acutem fieberhaftem Oedem des Rachens und des Gaumensegels bei einem 35jährigen Manne mit gleichzeitiger Albuminurie. Verf. hielt die locale Affection als abhängig von der Nierenkrankheit und verordnete eine dementsprechende Behandlung, nach welcher die pathologischen Erscheinungen abnahmen. R. BOTEY.

107) **Jórgen Móller** (Kopenhagen). **Ein neuer Gaumenhaken. (En ny Ganehage.)** *Hosp. Tid. S. 439. 1899.*

Das Instrument ist so eingerichtet, dass der Arzt den Gaumenhaken und den Zungendepressor mit einer Hand zu handhaben vermag. SCHMIEGELOW.

108) **Boltz** (Hamburg). **Heilung eines Falles von Rundzellensarcom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung.** *Festschr. z. Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.*

Ein zuerst für ein Gumma gehaltenes Rundzellensarcom des weichen Gau-

mens mit Metastasenbildung im Oberkiefer heilte unter starker Narbenbildung durch subcutane Einspritzung einer 1proc. Lösung von Natr. arsenicosum.

SALOMON (ZARNIKO).

109) **Fischl** (Prag). **Erfahrungen über Anginen im Kindesalter.** *Prager medic. Wochenschr. No. 39—44. 1899.*

F. verweist u. a. darauf, dass besonders in Häusern, die Stallungen beherbergen, häufig Anginen vorkommen; dass ferner warme, trockene Witterung das Entstehen von Anginen begünstige. Weiter werden besprochen die Fiebercurven, die differential-diagnostischen Momente bei den verschiedenen Anginenformen, und kommt F. schliesslich auf die Therapie zu sprechen. F. ist ein Gegner der Tonsillotomie! constatirt keinen Erfolg von Aetzungen und Cauterisation, Gurgelungen, intraparenchymatösen Injectionen; lobt hingegen antiseptische Rachendouchen, von ärztlicher Hand ausgeführt, und Aufenthalt dieser Kinder in Sool- und Ostseebädern. — Ueber die Wirkung von Seruminjectionen spricht sich F. garnicht aus.

CHIARI.

110) **D. J. Vail. Der Mandel-Ring. (The tonsillar ring.)** *Journal American Med. Assoc. 2. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

111) **Emil Mayer. Die Mandeln als Infectionspforte. (The tonsils as portals of infection.)** *Journal of the American Medical Association. 2. Dec. 1899.*

Zu den Krankheiten, die von den Mandeln ihren Ursprung nehmen können, rechnet Verf. Rheumatismus, Pleuritis, Pneumonie, Albuminurie, Erythem, Erysipel, Orchitis und Oophoritis, Strabismus, Paraplegie und Osteomyelitis. Er berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen er Angina pectoris und Endocarditis bei früher nicht-herzkranken Personen nach Angina sich entwickeln sah. Er fordert deshalb gründliche Beachtung des Halses in allen Fällen, sorgsame Behandlung der Anginen und Verhütung von Recidiven. Autoreferat.

112) **v. Scheibner. Die Mandeln als Eintrittspforte für Tuberkelbacillen. (Tonsils as portals of entry of tubercle bacilli.)** *Journ. Amer. Med. Association. 18. November 1899.*

Verf.'s Studien ergeben, dass die primäre Tuberculose der Mandeln zwar relativ selten ist, die bisherigen Beobachtungen aber noch zu spärlich sind, um die ganze Frage endgültig zu entscheiden.

EMIL MAYER.

113) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Infectionspforte. (The tonsils as an infection atrium.)** *Medical Review. 16. September 1899.*

Es ist wahrscheinlich, dass Erkrankungen des Organismus häufiger in den Mandeln ihren Ursprung nehmen, als man im Allgemeinen annimmt. Die Exstirpation soll stets gründlich gemacht werden; der Raum zwischen vorderen und hinteren Gaumenbögen muss vollständig glatt sein.

EMIL MAYER.

114) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Eintrittspforte für Tuberculose. (The tonsils as a point of entrance for tuberculosis.)** *Med. Review. 7. Oct. 1899.*

Neuere sehr eingehende Untersuchungen haben gezeigt, dass die Tonsille

nur in einer sehr kleinen Zahl von Fällen Sitz primärer Tuberculose ist. Dagegen spielen die Mandeln als prädisponirendes Moment eine sehr wesentliche Rolle.

EMIL MAYER.

115) **Ozeki** (Hiroshimaken). **Die Tuberculose der Tonsilla palatina.** Dissertat. Würzburg 1899.

Im ersten Falle fand O. bei einem 13jährigen Mädchen, das an starkem Husten litt, eine hyperplastische Tonsille, dadurch bedingte Reflexneurose (Husten) und frische tuberculöse Veränderungen, i. e. primäre Tuberculose der Gaumentonsille. In einem 2. Falle wurde die primäre tuberculöse Erkrankung der Gaumentonsille durch die Section bestätigt. Hieran schliesst O. die klinischen und histologischen Untersuchungen über 9 Fälle von secundärer Tonsillentuberculose an.

SEIFERT.

116) **B. Abrahams. Rheumatische Tonsillitis. (Rheumatic tonsillitis.)** *Canada Med. Record. August 1899.*

Die häufigsten Erscheinungen rheumatischer Natur im Halse sind Erythem des Schlundes und Tonsillitis. Ersteres ist gewöhnlicher bei Erwachsenen, letztere bei Kindern und zwar in der folliculären Form; die pseudomembranöse Angina kommt eher bei älteren Individuen vor. Das Erythem des Schlundes kann als Initialsymptom vor acutem Rheumatismus und Tonsillitis auftreten. In nicht wenigen Fällen folgte Endocarditis einer nicht-scarlatinösen Tonsillitis ohne Gelenkschmerzen.

EMIL MAYER.

117) **Edward Vestal Mock. Epidemische Rachen- und Mandelerkrankung und ihre Ursache. (Epidemic pharyngeal and tonsillar inflammation and its cause.)** *Laryngoscope. November 1899.*

Da bei 2 von den 13 Fällen, die Verf. beobachtete, Scharlach sich entwickelte, scheint es, als ob es bei der ganzen Epidemie sich um Scharlach ohne Ausbruch des Hautexanthems handelte.

EMIL MAYER.

118) **W. L. Bullard. Acute Mandelentzündung. (Acute tonsillitis etc.)** *The Cincinnati Lancet-Clinic. 4. November 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

119) **Redact. Bemerkung. Gegen entzündete Mandeln. (For inflamed tonsils.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. September 1899.*

Rp. Apomorphin. hydrochlor. 0,1
Codein. sulphur. 2,6
Syr. Pruni Virg. 96,0
M. D. S. 3stündl. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

120) **Mark. H. O. Daniel. Aphthöse Tonsillitis oder diphtheroide Halserkrankung. (Aphthous tonsillitis or diphtheroid sore throat.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. November 1899.*

Der reine „Nonsense“.

EMIL MAYER.

121) D. Milton Greene. **Ein Fall von Gehirn- und anderen Abscessen nach Mandelabscess und nicht-perforirter eitriger Mittelohrentzündung. (Report of a case of brain and other abscesses following tonsillar abscess and non-perforative suppurative otitis media.)** *Journal American Medical Association. 11. November 1899.*

Krankengeschichte des letal endigenden Falles. EMIL MAYER.

122) Kramer. **Carbolsäure in die Mandeln injicirt. (Carbolic acid in the tonsil.)** *Cleveland Med. Gazette. November 1899.*

Bei recidivirender Tonsillitis bedingt durch Retention von Mikroorganismen in den Mandeln injicirt K. Carbolsäure 1 : 40, zwei oder drei und selbst 4 bis 6 Tage hintereinander je 3 ccm. EMIL MAYER.

123) T. J. Anderson. **Hypertrophische Mandeln. (Hypertrophied tonsils.** *Philad. Med. Journal. 30. September 1899.*

Die wiederholten Anfälle von acuter Mandelentzündung führen schliesslich zur chronischen Hypertrophie. Behandlung der folliculären Form mit Silbernitrat ist schädlich und die käsige Masse sammelt sich in den Krypten in langen Ballen an. Die Patienten kommen durch die wiederholten Entzündungen stark herunter und werden für neue Recidive noch mehr empfänglich. Gründliche Tonsillotomie ist anzurathen. EMIL MAYER.

124) Redact. Notiz. **Hypertrophische Tonsillen. (Hypertrophied tonsils.)** *Med. Review. 23. September 1899.*

Wenn die Mandelhypertrophie in gewisser Beziehung steht zu Erkrankungen der Zähne, so kann auch das Umgekehrte der Fall sein. Ebenso kommen auch die adenoiden Vegetationen fast stets in Verbindung mit kranken Zähnen vor. EMIL MAYER.

125) Daniel B. Hardenbergh. **Hypertrophien im Tonsillarring. (Hypertrophies in the tonsillar ring.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Unter dem Namen Tonsillarring werden die aus dem gleichen Gewebe zusammengesetzten Gaumenmandeln, die Rachenmandeln und die Zungentonsille zusammengefasst. Der Verf. legt die gebräuchlichen Grundsätze für die Behandlung der Schwellungen dieser Gebilde dem allgemeinen Praktiker, der specialistische Hilfe nicht zur Hand hat, in anschaulicher Weise dar. LEFFERTS.

126) A. C. Frickenhaus. **Lanolin als Mittel zur Verkleinerung geschwollener Mandeln. (Lanolin as an agent in the reduction of enlarged glands.)** *Maryland Med. Journal. 14. October 1899. Cincinnati Lancet-Clinic. 14. October 1899.*

Das Mittel erwies sich in einem Falle von Angina mit Mandelschwellung und Schluckschmerzen als nützlich. EMIL MAYER.

127) v. Grazzi. **Eine neue Behandlungsweise für chronisch-catarrhalische Entzündungen des Rachens in Verbindung mit Ohrerkrankungen. (A new treat-**

ment for chronic catarrhal inflammations of the pharynx connected with diseases of the oar.) *Laryngoscope. October 1899.*

Der Verf. giebt an, dass die Structur des Rachens selbst die Behandlungsmethode, die er empfiehlt, nahelegt. Dieselbe besteht in der Compression des erkrankten Gewebes. Consequente, mehr oder weniger häufig wiederholte Durchführung dieses Eingriffs vermindert die Entzündung, führt zur Resorption der Granulationen und stellt die normale Function der Theile, sowie ihre Blut- und Lymphcirculation wieder her.

EMIL MAYER.

128) **Birman. Der weite Rachen und seine Beziehungen zu den Verwachsungen zwischen Gaumen und Rachen im Verlauf erworbener Syphilis. (Du pharynx spacieux et de ses rapports avec les adhérences palato-pharyngiennes au cours de la syphilis acquise.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Unter dem Namen des weiten Rachens beschreibt B. ein klinisches Bild des Rachens, das man besonders im Laufe von erworbener Syphilis antrifft und das ausgezeichnet ist durch eine Vergrösserung der Mandelgrube, die in eine grosse Grube umgewandelt erscheint, in welcher die Tonsille ganz zu fehlen scheint, und durch erhebliche Dehnung und Hebung des Gaumensegels mit Annäherung der hinteren Gaumenbögen an die hintere Rachenwand.

Man trifft diesen Zustand bei Ozaena und anderen pathologischen Processen; besonders aber scheint er der Syphilis eigenthümlich zu sein. Derselbe kann Verwachsung zwischen Gaumen und Rachen vortäuschen.

Die Adhäsionen zwischen Gaumen und Rachen kommen nach B. in vier Formen vor:

1. Als partielle, symmetrische und sehr begrenzte Adhäsion; die einzige, die dem oben beschriebenen weiten Rachen ähnlich sieht.
2. Als ausgedehntere Adhäsion mit Perforation.
3. Als ausgesprochene Atresie des Rachens.
4. Als totale und complete Adhäsion mit vollständigem Abschluss zwischen Nasen- und Mundhöhle.

A. CARTAZ.

129) **Geo G. Gage. Die Gefahren bei acutem Rachenabscess beseitigt durch den Gebrauch eines neuen Trocarts. (Some of the dangers of acute pharyngeal abscess obviated by the use of a new trocar.)** *N. Y. Medical Journal. 16. December 1899.*

Verf. hat neuerdings von mehreren Fällen von Erstickung durch Eindringen von Pus in den Larynx bei Eröffnung von acuten Rachenabscessen, obgleich die Kinder in der vorgeschriebenen Lage placirt waren, gehört. (Ja, wo denn? Ref.) Er hat deshalb einen Trocart construirt, mit dem er den Eiter durch den Mund nach aussen entleert. Man muss dieses Instrument in der Abbildung, die dem Artikel beigegeben ist, sehen, um es voll zu würdigen. Wenn der Eiter nicht fliesst — Eiter ist ja manchmal so hartnäckig —, so ist ein Handballon da, mit dem man an dem Trocart saugt. Der ganze Apparat ist so einfach und so wirksam!

LEFFERTS.

130) **Emma E. Musson. Infectiöse Granulome des Rachens. (Infective granulomata of the pharynx.)** *Journal of the American Med. Association. 25. November 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der Section für Laryngologie auf der 50. Jahresversammlung der Americ. Med. Association. EMIL MAYER.

131) **L. Dejau. Rachenzona. (Zona pharyngien).** *Le Scalpel. No. 9. 1899.*

Zona, welche genau dem Verlauf der Gaumennerven und zwar einer Seite entspricht, bestehend aus kleinen Bläschen auf roth-violettem Grund und die linke Seite des Gaumensegels und der Mandelbögen einnehmend, begleitet von heftigen Schmerzen. BAYER.

132) **Escat** (Toulouse). **Symmetrische Zona im Rachen eines Tabikers. (Zona pharyngien symétrique chez un tabétique.)** *Gazette des Hôpit. 6. Juli 1899.*

Eine confluirende vesiculäre Eruption bildete sich längs des oberen Theils der Gaumenbögen und der Uvula aus. Der Pat. leidet seit dem 31. Lebensjahre an Tabes. Im Alter von 20 Jahren hatte er sich luetisch inficirt.

Der Fall ist dem von Lermoyez und Barozzi beschriebenen analog.

PAUL RAUGÉ.

133) **Lacoarret** (Toulouse). **Fremdkörper des Rachens. (Corps étranger du pharynx.)** *Annales de la policlinique de Toulouse. Juni 1899.*

Die Fremdkörper sitzen meist in den unteren Partien des Rachens, theils in den Plicae glosso-epiglotticae, theils in den Sinus pyriformes. Kleinere Fremdkörper fixiren sich öfters in der Mandel, besonders in der linken. Das Schmerzgefühl orientirt schlecht über den Sitz des Fremdkörpers, da es meist von dem Kranken ziemlich entfernt von der wirklichen Lage des Fremdkörpers localisirt wird. Die Untersuchung muss deshalb genau mittelst Inspection und Palpation vorgenommen werden.

Ein Fremdkörper im Rachen kann zu schweren Folgen führen, bisweilen zu tödtlichen (Ulceration, Abscess, Blutung).

Die Behandlung besteht in Entfernung mit dem Finger oder der Zange. Bei Erstickungsgefahr muss sofort die Tracheotomie gemacht werden. PAUL RAUGÉ.

134) **A. Poncet** und **L. Bérard** (Lyon). **Ein Beitrag zur sogen. ganglionären Form des Rachenkrebses: Fall von malignem Rhabdo-myom mit pharyngealem Ursprung. (A propos de la forme dite ganglionnaire du cancer du pharynx. Un cas de rhabdo-myome malin d'origine pharyngée.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Es handelt sich um die bekannten Formen von Krebs, die sich bei der Untersuchung nur durch eine Anschwellung der Halsdrüsen äussern und weiter kein merkbares Symptom haben, als die vorschreitende Cachexie.

Bei der Autopsie des von den Verff. beobachteten Falles fand sich als primäre Läsion eine kleine Ulceration in der Gegend der Fossa tonsillaris.

Bisweilen constatirt man nur eine einfache Induration der submucösen und Muskelschicht des Rachens. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

135) **Nicolas** und **Arloing** (Lyon). **Culturmedien für den Diphtheriebacillus. (Milieux de culture pour le bacille de Loeffler.)** *Soc. de Biologie. 16. December 1899.*

Die Verff. prüften die Virulenz und die Wachsthumsenergie des Diphtheriebacillus bei Zusatz von Serum verschiedener Thierarten. Sie stellten fest, dass dieser Zusatz die Virulenz nicht beeinträchtigt. Das Pferdeserum steigert die Wachsthumsenergie. Als Nährboden diente den Verff. Kalbfleischbouillon.

PAUL RAUGÉ.

136) **H. Richardière** u. **L. Tollemer. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Luft einer Diphtheriestation. (The presence of the Klebs-Loeffler bacilli in the air of a diphtheria ward.)** *Modern Medicine. December 1899.*

Die Untersuchungen ergaben, dass Diphtheriebacillen in der Luft des Diphtheriepavillons vorhanden waren, wenn derselbe längere Zeit nicht desinficirt war, dass sie dagegen nach stattgehabter Desinfection fehlten. EMIL MAYER.

137) **H. C. Campbell. Bericht über 8 Diphtheriefälle in einer Familie. (A report of 8 cases of diphtheria occurring in one family.)** *The Medical Fortnightly. 5. December 1899.*

Sämmtliche Patienten wurden wiederhergestellt. EMIL MAYER.

138) **T. W. Rankin. Diagnose und Therapie der Diphtheritis. (Diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Columbus Medical Journal. 20. December 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

139) **Edwin Klebs. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 16. December 1899.*

Verf. bespricht den Infectionsmodus und die prophylaktischen Maassnahmen. Jedes Glied der Familie muss Gegenstand dieser sein. Verf. empfiehlt dazu Chinosol und Antinosin. Die Seruminjectionen sollen rasch vorgenommen werden, sobald die Infection wirklich erfolgt ist. Verf. hält es für falsch, 5 ccm auf einmal zu injiciren. Er räth, zuerst eine kleine Quantität zu geben, auf das Herz aufzupassen und, wenn alles in Ordnung ist, nach ein paar Minuten mehr zu injiciren. EMIL MAYER.

140) **C. J. Symonds. Zwei Fälle von einseitiger Nasendiphtherie. (Two cases of unilateral nasal diphtheria.)** *Lancet. 16. September 1899.*

5jähriger Knabe hat seit 10 Tagen blutigen Ausfluss aus dem rechten Nasenloch. Er ist sonst ganz wohl und von einer überstandenen Halsaffection oder sonstiger Erkrankung ist nichts bekannt. Aus der rechten Nasenseite werden Borken und graue Massen entfernt, in denen sich der Loeffler'sche Bacill nachweisen lässt.

7jähriger Knabe mit Nasenbluten aus der linken Nasenseite seit 7 Tagen. Auch hier nichts von Allgemeinsymptomen; dabei Membranen in der linken Nase, die Diphtheriebacillen enthalten.

Das grosse praktische Interesse derartiger Fälle liegt auf der Hand.

ADOLPH BRONNER.

141) **Eugene Yonge. Die Beziehung der membranösen Entzündung der Nase zur Diphtherie. (The relationship of membranous inflammation of the nose to diphtheria.)** *Practitioner. December 1899.*

Kurzer Ueberblick über die Literatur der Frage. Es giebt 2 Formen der Erkrankung, die sich sehr ähnlich sehen; aber nur bei der einen findet sich der Diphtheriebacillus. Deshalb ist in allen Fällen die bakteriologische Untersuchung nöthig.

ADOLPH BRONNER.

142) **F. Villy. Erbrechen und Herzschwäche im Zusammenhang mit Diphtherie. (Vomiting and cardiac failure in connection with diphtheria.)** *Medical Chronicle. September 1899.*

Attacken von Herzschwäche sind sehr viel häufiger als Lähmungen anderer Theile und sie kommen auch zeitiger als diese zum Ausbruch. Man darf sie wohl der Muskelschwäche zuschreiben. Wenn Erbrechen eintritt, so folgt gewöhnlich die Herzschwäche. In letalen Fällen, die mit Erbrechen complicirt waren, findet man stets Zeichen von Degeneration der Muskeln und eine Entzündung an der Schleimhaut des Magens, oft auch Blutungen. Der Herzmuskel wird sehr gewöhnlich degenerirt befunden; Blutungen sind häufig nachweisbar.

ADOLPH BRONNER.

143) **F. Woollacott Diphtheritische Lähmung in serumbehandelten Fällen. (Diphtheritic paralysis in cases treated with antitoxin.)** *Lancet. 26. August 1899.*

Der Procentsatz der Lähmungen hat zugenommen. Grosse Initialdosen, nicht unter 4000 I. E., sind wirksamer, als mehrere kleine zur Verhütung von Lähmung und Tod. Je zeitiger die Injection erfolgt, um so unwahrscheinlicher ist das Erscheinen von Lähmung; tritt dieselbe doch auf, so verläuft sie kurz und mild. Im Allgemeinen hat die Lähmung, die jüngere Individuen eher befällt, ihren gefährlichen Charakter verloren. Verf. belegt diese Sätze mit einer Reihe statistischer Tabellen.

ADOLPH BRONNER.

144) **Riegler** (Jaffy). **Ueber die Behandlung der Rachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd.** *Wiener med. Blätter. No. 45. 1899.*

R.'s Behandlungsmethode besteht in

1. Application eines Sprays von 3 pCt. Wasserstoffsuperoxyd.

2. $^1/_2$ Stunde nach dem Spray wird folgendes Pulver auf die Rachenschleimhaut aufgeblasen:

Acid. jodici pulveris. 1,0
Sacchar. alb. 10,0.

3. $^1/_2$ Stunde später Application eines Sprays, dann abermals Pulver-Einblasung.

4. In der Zwischenzeit, wenn ausführbar, Gurgelungen mit folgendem Gurgelwasser: Acid. jodici 0,50
Aqu. dest. 400,0
Glycerini 25,0.

Die prophylaktische Diphtherieserumbehandlung bewährte sich nicht.

CHIARI.

145) **A. Tonkin. Zweihundert nach einander aufgenommene Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Two hundred consecutive cases of diphtheria treated with antidiphtheritic serum.)** *Lancet. 21. October 1899. N. Y. Med. Record. 18. November 1899. N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

Sämmtliche Fälle wurden bakteriologisch untersucht. 45 starben; davon sind 15 moribund aufgenommen. Die Chancen der Behandlung sind vom Alter und Geschlecht des Patienten unabhängig, dagegen in engster Abhängigkeit von dem früheren oder späteren Beginn der Behandlung. Die Mortalitätsziffer, die Häufigkeit von Albuminurie und Lähmungen und die Erfolge der Tracheotomie werden in einer Reihe von Tabellen vorgeführt.

Nach dem Gebrauch des Serums ist

1. die Mortalitätsziffer wesentlich herabgesetzt;
2. besonders bei laryngealen Fällen.
3. Die Mortalität der tracheotomirten Fälle ist viel kleiner geworden.
4. Die Tracheotomie ist viel seltener erforderlich, wenn die Behandlung zeitig begonnen wird.
5. Der Effect ist für beide Geschlechter und alle Alter gleich gross.
6. Die Gefahr der Nephritis ist verringert.
7. Lähmungen sind seltener; die vorkommenden führen seltener zum Tode.
8. Ausbreitung der Krankheit auf den Larynx und tiefer gelegenen Partien wurde bei Serumbehandelten nicht notirt.

ADOLPH BRONNER.

146) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. December 1899.*

T.'s Mittheilungen beruhen auf der 10jährigen Statistik des Kinderhospitals in Brisbane. Er theilt die Fälle ein in die Vorserumperiode mit einer Durchschnittsmortalität von 42,2 pCt. und die Serumperiode, bei der eine anfängliche Periode der kleinen Dosen mit einer Mortalität von 25 pCt. und eine spätere mit grossen Dosen und einer Mortalität von 10,8 pCt. zu unterscheiden sind.

Bei leichten und früh zur Behandlung kommenden Fällen reicht eine Dosis von 600—1000 Einheiten aus. Schwere Fälle erfordern 6000, 8000 und selbst 12000 Einheiten. Mit einer zu grossen Dosis ist keine Gefahr verbunden; der einzige Einwand gegen eine solche ist der Kostenpunkt.

A. J. BRADY.

147) **Joaquin L. Duenas. Diphtherie und Serumtherapie mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen auf Cuba. (Diphtheria and serumtherapy with special reference to experience in Cuba.)** *Arch. of Pediatrics. Dec. 1899.*

Bei nicht complicirter Diphtherie wirkt das Serum besonders günstig.

EMIL MAYER.

148) **Redact Notiz. Diphtherie und das Heilserum. (Diphtheria and antitoxine.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. December 1899.*

Kein Arzt sollte zur Ausübung der Praxis zugelassen werden, der nicht bei der Diphtherie das Serum anwenden will.

EMIL MAYER.

149) **Christopher C. Cronkhite. Antitoxin bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

150) **Edwin Rosenthal. Einfluss des Serums auf die Statistik. (Influence of antitoxin statistics.)** *Journal of the American Med. Assoc. 16. Dec. 1899.*

Eine statistische Studie, in der Verf. darlegt, dass die deutliche Abnahme der Todesziffern in allen Städten fraglos nicht dem Zufall allein zugeschrieben werden kann, sondern dass das Serum es ist, welches diesen günstigen Einfluss auf die Statistik geübt hat.

EMIL MAYER.

151) **J. A. R. Smith. Die moderne Beherrschung der Diphtherie. (The modern mastery of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

S.'s Fall beweist, wie wenig andere, die Ueberlegenheit unserer heutigen Diphtheritisbehandlung. Die Intubation wurde gemacht, aber die Membranen reichten bis tief in die Bronchien und es musste tracheotomirt werden. Eine Abbildung der Abgüsse zeigt, dass dieselben bis in die Lungen sich erstreckten, und es ist zweifelhaft, ob der Patient ohne das Serum, das intravenös gegeben wurde, hätte gerettet werden können.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

152) **R. Castanneda** (San Sebastian). **Idiopathischer Herpes des Kehlkopfes. (Herpes laringeo idiopatico.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espannol. No. 20. 1899.*

Ein 23jähriges Mädchen, welches Seebäder genommen hatte, erkrankte plötzlich mit Erscheinungen eines acuten fieberhaften Kehlkopfkatarrhs. Die Untersuchung ergab Hyperämie der Mandeln und des Rachens, der Epiglottis, mit Verdickung und Röthe der Stimmbänder, Substanzverlust in Form einer oberflächlichen Erosion und Auftreten eines ganz kleinen Bläschens von der Grösse eines Hirsekorns auf der oberen Fläche des linken Stimmbandes. Später traten andere Bläschen auf, nachdem die früheren aufgebrochen waren und eine weissliche Membran mit Epithelverlust hinterlassen hatten. Nach Verlauf von 6 Tagen sah man andere Bläschen auf der unteren Fläche des Kehldeckels, auf den Aryknorpeln und dem rechten Stimmbande. Einige Bläschen bedeckten sich mit einer Kruste. Nach einer Woche trat Besserung ein, die leichten Ulcerationen bedeckten sich mit Epithel und Schluckvermögen wie die Stimme erschienen normal.

C. stellt noch einige Betrachtungen an hinsichtlich der Behandlung des Herpes sowie betreffs der Verwechslung des Herpes mit der Diphtherie.

R. BOTEY.

153) **Bacaloglu. Plötzlicher Tod bei Kehlkopferkrankungen. (Mort subite dans les lesions laryngées.)** *Société Anatomique. 27. October 1899.*

Im ersten Fall handelte es sich um Larynxödem, im zweiten um syphilitische Erkrankung des Larynx. Beide starben plötzlich durch Asphyxie. PAUL RAUGÉ.

154) **Concetti** (Rom). **Ueber den peritracheo-laryngealen Abscess im Kindesalter.** *Allgem. Wiener medic. Zeitung. No. 48. 1899.*

C. weist darauf hin, dass solche Abscesse meist Stricturen verursachen, die schwer zu diagnosticiren sind. In diesen Fällen muss man bei der Intubation eine bedeutende Resistenz überwinden. Die Abscesse können primärer und secundärer Natur sein. CHIARI.

155) **Royet** (Lyon). **Heilung eines Falles von Kehlkopftuberculose. (Guérison d'un cas do tuberculose laryngée.)** *Soc. des Scienc. méd. de Lyon. 25. Oct. 1899.*

Ein Fall von tuberculöser Laryngitis, die vollständig zur Vernarbung kam, bei einem seit 5 Jahren an Tuberculose mit subacutem Verlauf leidenden Patienten. Die Localbehandlung bestand im Gebrauch von Sulforicinphenol und Curettage. Innerlich wurde Kreosot gegeben. PAUL RAUGÉ.

156) **H. Mendel. Die Behandlung broncho-pulmonärer Affectionen, im besonderen der Tuberculose, durch intratracheale Injectionen ätherischer Oele. (Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-tracheales d'huile essentielle.)** *Presse Méd. 23. August 1899.*

Die Trachea zeigt eine grosse Toleranz gegen Flüssigkeiten; die Injection erzeugt weder Gêne noch Husten. Der Kranke fühlt, wie die Flüssigkeit langsam in seine Brust hinabgleitet, ohne eine andere Empfindung als die einer leichten Wärme, wenn die injicirte Substanz etwas irritirend ist.

M. bringt täglich 9—12 ccm Flüssigkeit (in 3 oder 4 Spritzen von je 3 ccm hintereinander) in die Trachea ein. Diese Menge ist viel grösser als die bisher allgemein gegebene. Als Excipiens benutzt er sterilisirtes Olivenöl, als Agens ein ätherisches Oel, und zwar nimmt er auf 100 Olivenöl:

Ol. Thymi	5 g
Ol. Eucalypt. . . .	5 „
Ol. Cannellae . . .	5 „
Jodoform	5 „
Guajacol	2,5 g
Menthol	2,5 „
Bromoform	0,05 „

Die Resultate, über die M. berichtet, sind sehr ermuthigend. PAUL RAUGÉ.

157) **Albert C. Heath. Ein Instrument zur intratrachealen Medication. (An instrument for intratracheal medication.)** *Journal American Med. Association. 23. September 1899.*

Ein verlängertes und gebogenes Sprayrohr. EMIL MAYER.

158) **Neumann** (Wien). **Demonstration eines Falles von Gummata laryngis et cutanea.** Demonstr. in der Wiener dermatol. Gesellsch. v. 8. November 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Die laryngeale Affection betraf die Larynxhinterwand und die Stimmbänder.

CHIARI.

159) **Evans. Die Behandlung der syphilitischen Larynxstenose durch die Intubation. (The treatment of syphilitic stenosis of the larynx by intubation.)** *Medical Review. 9. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

160) **F. Massei** (Neapel). **Acute Kehlkopfstenosen in der Kindheit und ihre Behandlung. (Delle laringo-stenosi acute nella tenera eta e delle loro cura.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Neapel. April 1897.*

Verf. weist auf die Schwierigkeit der laryngoskopischen Untersuchung bei kleinen Kindern hin und bespricht die verschiedenen nicht-diphtheritischen Kehlkopfstenosen, ihre Ursachen, ihre differentielle Diagnostik und ihre Behandlung.

JAMES DONELAN.

161) **Perez Moreno** (Madrid). **Die Gewohnheit des Tabakrauchens als ätiologischer Factor der Epitheliome des Kehlkopfes. (El uso del tabaco como factor etiologico de los epiteliomas de la laringe.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espannol. No. 20. 1899.*

Statistik über Auftreten des Kehlkopfepithelioms bei Rauchern im Asyl für Unheilbare in Madrid in der Zeit, während Verf. seine Thätigkeit in letztgenanntem Hospitale ausübte.

R. BOTEY.

162) **F. Bauer** (Schweden). **Krebs des Kehlkopfs, der Schilddrüse, des Rachens und Peritoneums, Gastrotomie. (Cancer laryngis, glandulae thyreoideae, pharyngis, peritonei, gastrostomia.)** *Hygiea. p. 546. 1899.*

Der Titel giebt den Inhalt an.

SCHMIEGELOW.

163) **W. Downie. Ein Fall von 4 Wochen langer Einklemmung einer kleinen Silbermünze im Kehlkopf; Entfernung derselben mit der Zange unter Cocain. (A case in which a small silver coin was lodged in the larynx for four weeks; removal with forceps under cocaine.)** *Lancet. 14. October 1899.*

46jähriger Mann, klagt seit 4 Wochen über Verlust der Stimme und Schwierigkeiten beim Athmen. Die Untersuchung ergab ein Threepennystück, das flach über den Stimmbändern lag.

ADOLPH BRONNER.

164) **K. Reimer. Fall von Fremdkörper im Kehlkopf bei einem Mädchen von 3 Jahren. (Slutschai inorodnawa tela w gortani u dewotschki 3 lez.)** *Bolnitsch. Gaz. No. 35. 1899.*

R. beschreibt einen Fall von Durchbruch vereiterter Drüsen in die Luftröhre. Ein necrotisches Stück ritt auf der Bifurcation und bewirkte einen vollständigen Verschluss der Bronchien.

P. HELLAT.

165) **Dittrich** (Prag). **Gerichtsärztliche Mittheilung. — Angeblich am Lebenden constatirte Fractur des oberen Schildknorpelhornes infolge von Würgen. — Leichte oder schwere körperliche Beschädigung?** *Prager med. Wochenschr. No. 45. 1899.*

Der Fall ist vom specialärztlichen Standpunkte insofern von Interesse, als durch Leichenuntersuchungen festgestellt werden konnte, dass der Nachweis einer Fractur eines Schildknorpelhorns am Lebenden nicht möglich ist. CHIARI.

166) **J. Platt. Fractur des Zungenbeins und der Kehlkopfknorpel. (Fracture of the hyoid bone and of the laryngeal cartilages.)** *Medical Chronicle. December 1899.*

Krankengeschichte eines Falle und Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Es ist wichtig, die Tracheotomie frühzeitig zu machen, wenn Athembeschwerden eintreten. AEOLPH BRONNER.

167) **E. Earle. Zwei Fälle von Durchschneidung des Halses mit Eröffnung der Luftröhre. (Two cases of cut throat with opening of the air passage.)** *Lancet. 28. October 1899.*

In Fall 1 war die Trachea unter dem Ringknorpel in $^2/_3$ ihres Durchmessers eröffnet. Sie wurde vernäht und heilte. Im zweiten Falle war die obere Hälfte des Larynx vollständig abgetrennt. Auch hier wurde die Heilung erzielt. Beide Fälle kamen erst 13 Stunden nach der Verletzung zur Behandlung.

ADOLPH BRONNER.

168) **Baumgarten** (Budapest). **Die hysterischen Aphonien und ihre neueren Behandlungsweisen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 40. 1899.*

Besprechung der üblichen Behandlungsmethoden bei weiblicher hysterischer Aphonie, wie percutanes und endolaryngeales Elektrisiren, Stimmübungen, Pinseln, Hypnose, Anwendung von Stimmgabeln, Massage des Kehlkopfes u. s. w. — B. führt weiter aus, dass er in besonders hartnäckigen Fällen guten Erfolg hatte von Druck auf das Ovarium, sowie von der Stimmgabelcur und kürzlich auch von der Anwendung des Kirstein'schen Spatels. CHIARI.

169) **Sorel. Ein Fall von hysterischem Husten. (Un cas de toux hystérique.)** *Société de Médecine de Toulouse. 11. Juli 1899.*

Der neuropathische Patient, dessen Lungen und Kehlkopf keine Veränderungen darbieten, leidet an einem in Anfällen auftretenden trockenen Husten. Derselbe nimmt zu, wenn man sich mit dem Kranken beschäftigt, und verschwindet vorübergehend unter dem Einfluss von Suggestionen. PAUL RAUGÉ.

170) **Alfred Stengel. Hysterische Dyspnoe. (Hysteric dyspnea.)** *Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles. EMIL MAYER.

171) **Angel Money** (Sydney). **Asthenische Bulbärparalyse. (Asthenic bulbar paralysis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1899.*

Der Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, das vor 12 Monaten eine Influenza

durchgemacht hatte. Seitdieser Krankheit bestanden Zeichen von lähmungsartiger Schwäche im Gesicht, an den Lippen und Augenlidern. Die Labial- und Gutturallaute konnten nur undeutlich ausgesprochen werden, die Stimme klang nasal, und gelegentlich wurden Speisen durch die Nase regurgitirt. Die Glottis wurde mangelhaft geschlossen, das Schlucken und Husten war erschwert, die Stimme entschieden schwach. Das Krankheitsbild war dem der diphtheritischen Lähmung ähnlich. M. hält die Diagnose für schwierig und neigt am ehesten zur Annahme einer Lähmung nach Influenza durch multiple Neuritis. Die Pat. wurde gesund unter längerer Bettruhe, Massage und Arsen.

A. J. BRADY.

172) **J. Portela** (Cadix). **Zwei schwere Fälle von syphilitischer Paralyse des Kehlkopfs. (Dos casos graves de paralisis sifilitica de la laringe.)** *Revist. de Medic. y Cirug. practic. No. 613. 1899.*

In beiden Fällen handelte es sich um eine Larynxstenose wegen Paralyse der Erweiterer der Stimmritze, die die Tracheotomie nothwendig machte. Beide Patienten heilten nach Anwendung der specifischen Behandlung.

R. BOTEY.

173) **Touche. Die Larynxkrisen der Tabiker in ihren Beziehungen zu den anderen visceralen Krisen bei Tabes. (Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabès.)** *Presse Médicale. 30. August 1899.*

Die Verbindung der verschiedenen visceralen Krisen bei Tabikern ist seit langem bekannt. Charcot hat besonders auf das Nebeneinandervorkommen von Magen- und Kehlkopfkrisen hingewiesen. T. hat sich die Fragen gestellt:

1. ob dieses Nebeneinandervorkommen häufig ist;
2. ob die laryngealen Krisen auch mit anderen visceralen Krisen, ausser den Magenkrisen, verbunden sind.

Seine Untersuchungen erstreckten sich auf 40 Tabiker, die im Hospice de Brévannes behandelt wurden. Bei 12 von diesen 40 Kranken constatirte er Larynxkrisen, 11 von ihnen zeigten die Association mit anderen visceralen Krisen. Die Krise, die am häufigsten mit Larynxkrisen verbunden ist, ist die Magenkrise. Ganz ausnahmsweise beobachtet man neben den Larynxkrisen isolirte diarrhoische Krisen, ziemlich oft aber gastrische Krisen mit rectalen und diarrhoischen Krisen zusammen.

PAUL RAUGÉ.

174) **H. Burger** (Amsterdam). **Die experimentelle Recurrensparalyse und die experimentelle Posticus-Ausschaltung.** *Onderzoekingen van het Physiologisch Laboratorium. Utrecht. V. 1. 1899.*

Vortrag mit Demonstration vor der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Juni 1899. B. demonstrirt zwei Hunde mit doppelseitig durchschnittenen Recurrentes, einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und durchschnittenem rechten Recurrens. Diese Demonstrationen bilden eine volle Bestätigung der in B.'s Arbeit in Fraenkel's Archiv (Bd. IX, S. 203) niedergelegten Auffassungen.

Autoreferat.

175) **Dupont Verwendung des Phonographen zur Aufzeichnung von Sprachstörungen. (Application du phonographe à l'enrégistrement des troubles de la parole.)** *Société de Neurologie. 6. Juli 1899.*

D. hat mit Hülfe des Phonographen die Modificationen der Sprache bei den verschiedenen Delirien, bei progressiver Paralyse, bei multipler Sklerose etc. studirt.

PAUL RAUGÉ.

176) **Francis J. Quinlan. Anscheinende Trachealstenose in einem Falle von Aneurysma des Aortenbogens. (Apparent tracheal stenosis in a case of aneurism of the arch of the aorta.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Eine tiefe Tracheotomie besserte die Cyanose; dieselbe kehrte aber wieder und der Patient starb nach 3 Tagen. Die Autopsie ergab ein enormes, nicht-rupturirtes Aneurysma des Aortenbogens. EMIL MAYER.

177) **S. E. Allen. Dyspnoe verursacht durch die Drüsen um die Trachea. (Dyspnoea from glands about the trachea.)** *Journal Amer. Med. Association. 23. September 1899.*

4jähr. Kind bekam plötzlich Anfälle von schwerer Dyspnoe. Die Tracheotomie ergab keine Ursache derselben, die Wunde heilte wieder und einen Monat später starb das Kind ganz plötzlich. Die Section ergab eine grosse Menge geschwollener Drüsen rings um die Trachea; eine derselben war erweicht und in die Trachea hinein ulcerirt. EMIL MAYER.

178) **Frederick L. Classen Lymphadenitis der retrotrachealen Lymphdrüsen, ein Aortenaneurysma vortäuschend. (Lymph-adenitis of the retro-tracheal glands simulating aortic aneurism.)** *Albany Med. Annals. October 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall. EMIL MAYER.

179) **T. Park West Vergrösserte Bronchialdrüsen. (Enlarged bronchial nodes.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 12. October 1899.*

Bericht über 8 Fälle, in denen die Diagnose auf vergrösserte Bronchialdrüsen gestellt wurde. Die Patienten consultirten Verf. wegen des begleitenden Hustens. Die Kinder hatten sämmtlich vergrösserte Halsdrüsen. Bei sechs von ihnen waren ausserdem die Axillar- und bei fünf die Inguinaldrüsen geschwollen. Alle hatten grosse Tonsillen. Zwei hatten Adenoide mit Behinderung der Nasenathmung und bei dreien war die Milz palpabel. Verf. glaubt, dass diese Drüsenschwellungen eine locale Manifestation des „Status lymphaticus" darstellen. EMIL MAYER.

180) **H. v. Schroetter** (Wien). **Ueber Bronchoskopie.** Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. November und 15. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1899.*

Dem Vortragenden gelang es in einem Falle, einen Fremdkörper (Bleiplombe) aus einem Bronchus zweiter Ordnung auf bronchoskopischem Wege per vias naturales zu sehen und auf diesem Wege zu entfernen. CHIARI.

f. Schilddrüse.

181) **Chauncy R. Burr. Die Schilddrüse und die Menopause. (The thyroid gland and the menopause.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 21. December 1899.*

Ein Fall von Basedow-artigen Erscheinungen, der dem Verf. zur Erörterung der Frage Anlass giebt, ob nicht an den nervösen Erscheinungen des Climacteriums in vielen Fällen eine gesteigerte Function der Schilddrüse Schuld ist. Dass zwischen den Generationsorganen beider Geschlechter und der Schilddrüse ein Zusammenhang besteht, ist wohl bekannt. EMIL MAYER.

182) **Capobianco** und **Mazziotti. Entfernung der Nebenschilddrüsen. (Removal of the accessory thyreoid glands.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Dec. 1899.*

Wenn von den 4 Nebenschilddrüsen bei der Operation nur eine zurückbleibt, tritt das fatale Resultat, das die Verff. sonst bei der experimentellen Parathyroidectomie regelmässig constatiren, nicht ein. Die Verff. weisen darauf hin, dass sich nirgends besser als bei den Nebenschilddrüsen das Gesetz demonstriren lässt, dass ein relativ kleiner Theil eines Organplexus die Function des Ganzen zu unterhalten vermag. LEFFERTS.

183) **F. Alan G. Murray. Ein Fall von Typhus complicirt mit Schilddrüseneiterung und Orchitis. (Report of a case of typhoid fever complicated by suppurating thyroid gland and orchitis.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. December 1899.*

Der Patient, der etwa eine Woche vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus erkrankt war, litt zweifellos an Typhus. Aus dem Schilddrüsenabscess wurden Typhusbacillen gezüchtet. EMIL MAYER.

184) **J. A. Springle. Der Kropf. Seine Aetiologie und sein Vorkommen im District von Montreal. (Goitre. Its etiology and incidence in the district of Montreal.)** *Montreal Med. Journal. December 1899.*

In den abgelegeneren Theilen der Provinz ist der Kropf recht häufig, aber nicht in der Stadt Montreal selbst. Verf. sah keinen Fall von Cretinismus verbunden mit Kropf. In demselben Gebiet kommt auch bei Thieren der Kropf vor. Wahrscheinlich ist das Wasser für das Vorkommen der Erkrankung verantwortlich.

EMIL MAYER.

185) **Schiff** (Wien). **Ein Fall von beweglicher Struma substernalis.** Demonstr. in der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien vom 27. October 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Nachdem mittelst Radioskopie ein substernaler Tumor nachgewiesen und durch weitere Untersuchungen ein Aneurysma oder Tumor mediastinalis ausgeschlossen war, wurde obige Diagnose gestellt. Der Tumor wird bei sehr kräftigen Hustenstössen in jugulo sichtbar, sinkt jedoch bei Exspirationsstellung sofort

wieder hinab. Die Struma wurde später (s. Wiener klin. Wochenschrift No. 51, 1899) exstirpirt. Heilung.

CHIARI.

186) **A. W. Sheen. Ein Fall von secundärer Geschwulstbildung bei Kropf. (A case of secondary thyroid growth.)** *Brit. Med. Journal. 21. Oct. 1899.*

58jährige Frau, seit ihrem 20. Lebensjahre mit einem grossen Kropf behaftet. Seit etwa 5 Jahren hat sich bei der Pat. eine zweite Geschwulst entwickelt, die in der linken Occipitalregion sitzt. Dieselbe ist schmerzhaft und pulsirt. Man hört ein schwaches Geräusch über derselben. Nach Unterbindung der linken Carotis externa verschwanden der Schmerz und die subjectiven Symptome im Ohr. Die Unterbindung der linken Art. occipitalis blieb ohne Effect. Ein Versuch der Exstirpation misslang, da die Geschwulst fest mit dem Knochen verwachsen ist und starke Blutung eintrat.

ADOLPH BRONNER.

187) **Bouffleur. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899. N. Y. Medical Journal. 2. December 1899.*

Der Erfolg der Behandlung hängt ab von der genauen und frühen Diagnose der Natur des Kropfes. Die Struma ist innerlich mit Jod oder Thyroidextract und mit parenchymatöser Injection von Jodoform oder Carbolsäure zu behandeln. Versagen diese Mittel, dann ist die Enucleation oder partielle Thyroidectomie angezeigt. Adenome werden enucleirt, wenn der Tumor klein ist; bei grossem Tumor wird die partielle Thyroidectomie gemacht. Bei Cysten wird entleert und Jodoformemulsion oder Carbolsäurelösung injicirt; im Falle von Recidiv muss die Cyste enucleirt werden. Bei Sarcom und Carcinom ist die Totalexstirpation der Thyreoidea mit nachfolgender Darreichung von Thyroidextract am Platze.

LEFFERTS.

188) **Francis J. Shepherd. Einige Bemerkungen über die Symptome und operative Behandlung des Kropfes, speciell bei Basedow'scher Krankheit. (Some remarks on the symptoms and operative treatment of bronchocele, especially in relation to Graves' disease.)** *Montreal Med. Journal. December 1899.*

Ist die Kropfbildung durch eine Cyste bedingt, so hat die Operation unmittelbaren und vortrefflichen Erfolg. In Fällen von wahrer Basedow'scher Krankheit ist die Besserung nicht so gross. Verf. empfiehlt die Operation für alle Fälle, in denen der Kropf rapides Wachsthum zeigt.

EMIL MAYER.

189) **Milton P. Creel. Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Medical Mirror. December 1899.*

C. behandelt mit galvanischer Elektrisirung und Jodsyrup. Von 10 Fällen hat er 8 geheilt.

EMIL MAYER.

190) **P. Courmont** (Lyon). **Basedow'sche Krankheit und Myxoedem. (Goître exophthalmique et myxoedème.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 6. December 1899.*

Nachdem er die Dehnung der Sympathici ohne vollständigen Erfolg geübt hat, will C. jetzt die Schilddrüsentherapie anwenden.

PAUL RAUGÉ.

191) **Zabludowski. Locale Massage bei Basedow'scher Krankheit. (Local massage in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. News. 23. December 1899.*

Z. erzielt mittelst der localen Massagebehandlung beim Morb. Basedowii in 4—6 Wochen ausgesprochene Besserung. Die Massage des Kropfes ist besonders, wenn es sich um die weiche pulsirende Form handelt, von entschiedenem Nutzen. Die Schilddrüse wird mit beiden Händen von oben nach unten und von einer Seite zur anderen geknetet, wie wenn man einen Schwamm ausdrückt. Dies wird gut ertragen, wenn nur ein Theil der Drüse auf einmal in Angriff genommen wird. Ist der Kropf sehr empfindlich, so knetet ihn Z. nur mit einer Hand und übt mit der anderen die Percussion der Spina aus, die auf die Tachycardie günstig einwirken soll. Ausserdem werden grössere Nervenstämme (Sympathicus, Vagus, Occipitalis, Cervicalnerven u. a.) mit intermittirender vibratorischer Percussion behandelt und passive Bewegungen des ganzen Körpers ausgeführt.

LEFFERTS.

192) **Mabille. Schilddrüsen-Behandlung. (Thyroid medication.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1899.*

Die störenden Begleiterscheinungen der Schilddrüsenbehandlung — Schwindel, Schlaflosigkeit, Zittern, Athemnoth, Palpitationen u. s. w. — fallen fort, wenn gleichzeitig Fowler'sche Lösung gegeben wird. Grosse Dosen von Thyroidin werden dann vertragen. M.'s Thierexperimente scheinen diese Erfahrung, die er an Menschen gemacht hat, zu bestätigen. LEFFERTS.

193) **Emory Lanphear. Die Resection der Halsganglien des Sympathicus bei Epilepsie, Glaucom und Morbus Basedowii. (Operation on the cervical ganglia of the sympathetic for epilepsy, glaucoma and oxephthalmic goiter.)** *Amer. Journal of Surgery and Gynecology. December 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

194) **Véron** und **Decloux. Varicöse Geschwüre im Oesophagus. (Ulcérations variqueuses de l'oesophage.)** *Société anatomique. 1. December 1899.*

47jährige Frau, Alkoholistin, die an Blutungen aus geplatzten Varicen der Speiseröhre zu Grunde gegangen ist. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt venöse Erweiterungen im submucösen Gewebe des unteren Theiles der Speiseröhre mit Hypertrophie der Muskelschicht. PAUL RAUGÉ.

195) **Doerr** (Wien). **Demonstration eines Falles von röhrenförmiger Abstossung des Oesophagus bei einer Natronlauge-Verätzung.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 1. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1899.*

Der Titel besagt den Inhalt. CHIARI.

196) **F. Barberá** (Valencia). **Ein Fall von voluminösem Fremdkörper, der während 34 Tage in der Portio intrathoracica des Oesophagus festsass; Entfernung auf natürlichem Wege; Heilung. (Caso de cuerpo extranno voluminoso implantado on la porcien intratoracica dol esofago durante 34 dias, oxtraccion por las vias naturales. Curacion.)** *Revist. Valenc. de Cienc. Medic. No. 9. 1899.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann, welcher einen Knochen verschluckt hatte. Mittelst des Oesophagoskops konnte der Fremdkörper erkannt und auf natürlichem Wege entfernt werden. R. BOTEY.

197) **A. Fraenkel** (Wien). **Ueber die nach Verdauungsgeschwüren der Speiseröhre entstehenden narbigen Vorengerungen.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 42. 1899.*

Fraenkel bespricht einen diesbezüglichen Fall, sowie zwei Präparate als Beweise für das Vorkommen von Verdauungsgeschwüren im Oesophagus.

CHIARI.

198) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Narbige Strictur des Oesophagus. (Cicatricial stricture of the oesophagus.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Die Stenose entwickelte sich nach Verschlucken eines für Pferde bestimmten Liniments. Sie wurde durch Bougies, die der Pat. sich selbst einzuführen lernte, überwunden. A. J. BRADY.

199) **G. Borchgrevink** (Christiania). **Die tiefsitzonden Aetzstricturen des Oesophagus und ihre Behandlung durch retrograde Dilatation. (Do dybtsiddende aetsningsstrikturer af Oesophagus og deres Behandling. — Retrograd Dilatation.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 1178. 1899.*

Verf. vertheidigt die Ansicht, dass die an der Cardia sitzenden Aetzstricturen am besten mittelst Gastrotomie und Dilatation von dem Magen aus (retrograde Dilatation) behandelt werden. Er illustrirt seine Anschauung an 4 Fällen, die einen guten Ausgang hatten. SCHMIEGELOW.

200) **F. Bauer** (Schweden). **Krebs des unteren Theiles der Speiseröhre. Gastrostomie. (Cancor partis inferieris oesophagi. Gastrostomia.)** *Hygiea. p. 546. 1899.*

Der Titel giebt den Inhalt. SCHMIEGELOW.

201) **Milian. Krebs des Oesophagus, die Aorta oinhüllend ohne deren Wand zu perforiren. (Cancer do l'oesephago englobant l'aorto sans en envahir la paroi.)** *Soc. anatomique. 22. December 1899.*

Demonstration der Präparate. Der Krebs sitzt im mittleren Theil der Speiseröhre. Diese ist mit der Aorta verwachsen, die Wand der letzteren nicht perforirt.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Paul Viollet. Untersuchungen über die Abwehrmittel des Organismus gegen die Infection der Athomwege im Bereich der Nasenhöhle: Leukocytose und Phagocytose. (Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales. Leucocytose. Phagocytose.)** Paris. Verlag von J. B. Baillière et Fils. 19 Rue Hautefeuille. 1900.

Eine grosse Anzahl von Arbeiten in den letzten 10 Jahren beschäftigt sich mit der Lösung folgender beiden Fragen: 1. Kommen normaler Weise Mikroorganismen in der gesunden Nase vor? 2. Welche Rolle spielt der Nasenschleim bei dem Schutz des Organismus gegen Infection? Obgleich die Antworten, welche die verschiedenen Autoren auf diese Fragen gaben, noch immer Differenzen aufweisen, glaubt Viollet doch aus allem vorhandenen Material folgende Schlüsse mit einer gewissen Sicherheit ziehen zu können: 1. Die normale Nase enthält Mikroorganismen, aber in geringer Anzahl. 2. Der Nasenschleim ist nicht baktericid, wenigstens nicht für die gewöhnlichen pathogenen Keime.

Zwischen diesen beiden Sätzen scheint ein gewisser Widerspruch zu liegen — Wenig Keime und dabei der Nasenschleim nicht baktericid! Viollet führt diesen Widerspruch darauf zurück, dass die Autoren, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, sie ausschliesslich vom rein bakteriologischen Standpunkt betrachteten und darüber einen anderen ebenso wichtigen Factor übersahen, nämlich die Rolle, welche die soliden Elemente (les éléments figurés) des Nasenschleims, speziell die Leukocyten, gegenüber den Staubpartikelchen und Infectionskeimen spielen. Die Lücke, die hier besteht, auszufüllen, bemüht sich Viollet in seiner vorliegenden Doctorthese.

In der ersten Hälfte seiner Brochüre giebt V. einen interessanten Ueberblick über die Literatur seines Gegenstandes und eine Kritik aller früheren Untersuchungen. In der zweiten — etwa 50 Seiten starken — berichtet er über seine eigenen Experimente. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die körperlichen Elemente des Schleims und besonders die Leukocyten sind ohne Zweifel die einzigen activen Factoren zur Vertheidigung des Organismus gegen Infection, so weit die Nasenhöhlen in Betracht kommen.
2. Leukocyten finden sich in grosser Zahl im normalen und pathologischen Schleim, der sie aus dem Chorion der Schleimhaut bezieht.
3. Dieselben sind mit amöboiden Bewegungen begabt, welche sie im Glase bei Körpertemperatur mehrere Stunden lang beibehalten.
4. Dieselben sind — wie das Experiment lehrt — im Stande, Staubpartikel (Carminkörnerchen) zu resorbiren (einzuschliessen).
5. Sie enthalten häufig Bakterien in grösserer oder kleinerer Zahl (Phagocy-

tose). Man constatirt dies leicht an dem Schleim bei hypertrophischer oder atrophischer Rhinitis, der an Bakterien reich ist.

Es scheint, als wäre die Resorption lebender Keime durch die Leukocyten des Nasenschleims im Experiment demonstrirbar; V.'s Versuche sind mit dem Pneumobacillus und dem Sreptococcus angestellt.

6. Die phagocytären Eigenschaften der Leukocyten erklären leicht das schnelle Verschwinden von in die Nase eingebrachten Staubkörnern und Infectionskeimen, welche weder den Schleim ausreichend zu zerstören noch die Cilien mechanisch hinwegzuschaffen im Stande sind.

Wir müssen es dem Leser überlassen, die Versuche, auf die V. seine Schlüsse gründet, nachzulesen und mit den Experimenten der früheren Autoren zu vergleichen. Für uns ist es nicht zweifelhaft, dass die Phagocytose als Abwehrmittel in der Nase ebenso eine Rolle spielt, wie an anderen Stellen des Körpers — denn alle Gewebe und alle Secrete helfen mit zur Sterilisirung des lebenden Organismus. Aber ebenso wenig ist es uns zweifelhaft, dass V. in der Deutung seiner Versuche viel zu weit geht, wenn er sich zu der Behauptung versteigt, dass die Leukocyten das einzige active Element zum Schutze der Nase sind. Er stellt dies als Schluss hin, ohne den Beweis dafür erbracht zu haben. Die Phagocytose ist vielmehr nur eines der schützenden Elemente. Dieses eine näher studirt zu haben, ist ein Verdienst der Viollet'schen These. St. Clair Thomson.

---

b) Ramón de la Sota y Lastra (Sevilla). **Theoretisches und praktisches Handbuch der Nasenkrankheiten.**

Genanntes Werk bildet den ersten von drei Bänden, in denen Verf. die krankhaften Processe der Athmungs- und Verdauungswege behandelt. Nach einer längeren Vorrede, in der er die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie in Spanien und in verschiedenen andern Ländern auseinandersetzt, beginnt Verf. seine Arbeit mit einer kurzen Uebersicht sowohl der Anatomie der Nasenhöhlen, welche durch verschiedene Abbildungen illustrirt sind, als auch der Physiologie derselben, in ihrer Eigenschaft als Geruchs-Athmungsorgan, als auch bezüglich ihrer Wichtigkeit für die Renosanz des Tones in der Stimme. — In die näheren Untersuchungsmethoden eingehend, zieht S. für die Rhinoscopie das Speculum nasi von Voltolini allen andern vor; für die Rhinoscopia posterior bedient er sich mit Vorliebe des Zeigefingers. — In ausführlicher Weise behandelt Verf. sodann die verschiedenen Nasenleiden, Rhinitis acuta, Hydrorrhoea nasalis, Rhinitis chronica. Hinsichtlich letzterer ist S. in ihrer Prognose zu pessimistisch, indem er sie, geschützt auf seine praktische Erfahrung, als ernst ansieht. Für die Behandlung derselben bedient er sich der bekannten chirurgischen Eingriffe, Cauterisation, scharfer Löffeln, Nasenscheere etc. — Die Rhinitis purulenta der Kinder ist seiner Ansicht nach lymphatisch-scrophulösen Ursprungs und die erste Periode der später auftretenden Ozaena, welche mit Eiterung ihren Anfang nehme und mit der Atrophie

der Nasenschleimhaut ende. — Betreffs der Aetiologie des Rhinoscleroms glaubt Verf. nicht an einen parasitären Ursprung und erwähnt den Fall eines 16jährigen Mädchens, welche mittelst Eisenpräparaten und allgemeinen hygienischen Vorschriften geheilt wurde. — Besondere Aufmerksamkeit schenkt S. der Rhinitis diphtherica, welche nach ihm manchmal der erste Abschnitt einer ernsten Rachen-Kehlkopfdiphtherie ist, aber oft von den Praktikern übersehen wird, sowie der Rhinitis syphilitica, deren verschiedene Manifestationen je nach den drei bekannten Perioden der Infection er eingehend schildert. Hierbei berichtet er einige von ihm beobachtete Fälle von grossen Zerstörungen des Nasenskeletts und des Gaumens. — Die Rhinitis tuberculosa scheidet er in eine primäre und secundäre; die letztere erscheint je nach ihrer Form als ulceröse und als wuchernde. Der Hauptsitz beider ist die Nasenschleimhaut. S. beschäftigt sich sodann mit der Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und dem Lupus und der Syphilis der Nase. — Besonders interessant und lehrreich ist sein Capitel über Rhinitis luposa, von ihm 1893 bereits eingehend behandelt (in der Zeitschrift von Burnett in Philadelphia), sowie dasjenige über Nasenlepra (1893 in derselben Zeitschrift behandelt). Die zahlreichen von ihm im Hospital für Leprakranke in Sevilla, sowie in der medicinischen Schule beobachteten Fälle von Nasenlepra haben es ihm ermöglicht, in lehrreicher Weise und mit grosser Sachkenntnis die Symptome jener Krankheit zu beschreiben, deren Studium um so werthvoller ist, als nur sehr wenige Rhinologen bisher dieselbe eingehend behandelt haben. Trotz der ernsten Prognose des Leidens erwähnt S. einen Fall von Lepra, der mit Heilung ablief. In dem Abschnitte über Parasiten in den Nasenhöhlen räth er zu Naseninjectionen von Chloroform, in gleichen Theilen von Wasser aufgelöst, behufs Entfernung von Fliegen und anderen Insekten. — Das Capitel über Nasengeschwülste wird ebenfalls vom Verf. ausführlich behandelt; es enthält jedoch nichts, was besonders erwähnenswerth wäre. — Hinsichtlich der Deformitäten des Nasenskeletts hält er die Abweichungen und Verdickungen der Nasenscheidewand für die Ursache mannigfacher Nasenleiden, wie Nasenrachencatarrh, Verengerung der Nase, Epistaxis, Anämie, Näseln und Taubheit. Bei der Epistaxis ist das vordere, untere Ende des Septum der gewöhnliche Sitz der Blutung. Die Behandlung richtet sich nach der Ursache; aber in jedem Falle muss auch eine Localbehandlung vorgenommen werden. — Die Nasenreflexe scheidet S. mit Chiari in solche, welche in der Nase selbst ihren Ursprung haben, und diejenigen, welche in andern Organen auftreten. Zu den ersteren zählt er die Hydrorrhoea, das Niesen und auch das Hauterysipel, zu den letzteren Husten, Asthma, Schwindel, Hemicranie, Chorea, Spasmus glottidis, Epilepsie, Salivation, Photophobie, Neurasthenie etc. Die Behandlung richtet sich natürlich ebenfalls je nach der Ursache. — S. beendet sein Werk mit dem Capitel der Krankheiten der Nasen-Nebenhöhlen. — Verf.'s Werk ist sicherlich ein guter, empfehlenswerther Führer hinsichtlich des Studiums der Krankheiten der Nase und der Nasenhöhlen.

R. Botey.

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 28. April 1899.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

Lennox Browne: Ergänzender Bericht über einen in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Epitheliom.

Der Fall betraf einen älteren Mann mit einer Geschwulst im Kehlkopf, die als Epitheliom diagnosticirt war. Dieselbe blieb die $2^1/_2$ Jahre, die der Pat. in Beobachtung war, unverändert in ihrem Aussehen. Redn. hat kürzlich ein Stückchen der Geschwulst abgetragen zur mikroskopischen Untersuchung. Das Resultat dieser bestätigte die frühere Diagnose. Wenn der Fall einerseits die Möglichkeit maligner Umbildung eines gutartigen Tumors im Larynx erweist, so zeigt er andererseits auch, dass eine Reizung durch intralaryngeale Eingriffe zu diesem Vorgang nicht nothwendig ist.

Wyatt Wingrave berichtet über den Untersuchungsbefund an dem excidirten Stückchen: „dasselbe ist ein Stück von einem diffusen Papillom und besteht fast ganz aus einem geschichteten Epithel, das die bestimmte Anordnung einer histologisch unschuldigen Geschwulst zur Schau trägt. Nur an einigen Stellen macht sich eine deutliche Neigung der Zellen zur Gruppirung in Nestern geltend, die nicht mehr papillomatösen Charakter tragen, sondern jungen Epithelperlen ähnlich sehen. Im Centrum dieser Nester sind die Zellen sehr wechselnd in Grösse und Gestalt, ebenso die Kerne; das Epithel zeigt hier eine Activität, die der Rest des Gewebes nicht besitzt.“ W. schliesst danach, dass „das relativ ruhige Papillom der ersten Untersuchung in einer Veränderung zu grösserer Activität begriffen ist und stark auf histologische Malignität weist.“

Der Vorsitzende hält nach diesem Bericht die Malignität der Geschwulst für wahrscheinlich, aber keineswegs für absolut erwiesen.

Bark hat an dem Falle nichts gesehen, was auf Malignität hinweisen könnte, und ist jetzt von dem Präparat, das in der That einem Epitheliom ähnlich sieht, ziemlich überrascht.

Lennox Browne schlägt vor, den Fall seinem natürlichen Verlaufe zu überlassen.

Middlemas Hunt: Ein Fall von hysterischer Aphonie von 11jähriger Dauer.

Die Patientin wurde nach einem schweren seelischen Shock sprachlos. Nach 4jährigem Stummsein begann sie zu flüstern und wieder 5 Jahre später begann sie mit einer rauhen Stimme zu sprechen, die durch Vibrationen der falschen Stimmbänder hervorgebracht war. Jetzt vor 6 Monaten kehrte im Anschluss an eine grosse Erregung die normale Phonation wieder.

Lennox Browne hält den Fall für neu und eigenartig. Die Erscheinung, dass ein Patient, der Sprache und Stimme durch Shock verloren hat, im leb-

haften Wunsche zu sprechen den Gebrauch der Taschenbänder sich aneignet, ist bemerkenswerth.

Dundas Grant bespricht die Möglichkeit des Eintretens der Taschenbänder für die Stimmbänder unter Benutzung des Inspirationsstroms. Der Fall H.'s erweist jedenfalls, dass der Pat. ernstlich bemüht war zu sprechen, dass also thatsächliche Schwierigkeiten der Phonation entgegenstanden.

Wyatt Wingrave hat einen ähnlichen Fall gesehen, bei dem eine ausgesprochene Adduction der Taschenbänder neben Aphonie und Parese des Gaumens bestand. Die Anamnese ergab nichts von Diphtherie. W. glaubt, dass diese Adduction der Taschenbänder von dem langen Bestehen der Aphonie abhängig ist und deshalb bei hysterischer Aphonie nicht oft zu Gesicht kommt.

Middlemas Hunt hat einen Fall von 3jähriger Dauer beobachtet, bei dem wiederholt der electrische Stom ohne Nutzen applicirt worden ist. Die Stimme wurde sogleich wiederhergestellt, als man zu inspiratorischen Phonationsübungen schritt.

Abercrombie: Ein Fall von Kehlkopfpapillom.

Neunjähriger Knabe, seit kurzer Zeit an nasaler Verstopfung und Heiserkeit leidend. Ein gestieltes Papillom von Bohnengrösse und -Form sass am Rande des linken Stimmbandes an der Vereinigung des vorderen und mittleren Drittels. Das hintere Ende des linken Stimmbandes ist defect, mit dem Taschenband verwachsen. Das Papillom wurde mit der Schlinge entfernt, doch ist bereits ein Recidiv in der Entwicklung begriffen. Es soll jetzt die nasale Verstopfung behoben werden und Redn. ist gespannt darauf, welche Veränderungen im Zustand des Larynx dieser Eingriff bringen wird.

Lennox Browne hält den Eingriff, den A. gemacht hat, für berechtigt und wohl gelungen, hätte aber gewünscht, dass er erst die nasale Verstopfung beseitigt hätte, um den Einfluss dieses Momentes auf das Neoplasma kennen zu lernen. Die Deformität des Stimmbandes in seinem hinteren Theile hält er für entzündlich und nicht für congenital.

Dundas Grant schreibt der Verstopfung der Nase in diesem Falle besonderes Interesse zu, weil das Recidiv so sehr schnell zu erfolgen scheint. Er hält die locale Application einer alkoholischen Lösung von Salicylsäure für sehr werthvoll zur Verhütung von Recidiven.

Der Vorsitzende kann einen wirklichen Defect am hinteren Stimmbanddrittel nicht erkennen. Es besteht vielmehr eine papillomatöse Verdickung am Rande des Stimmbandes in seinen vorderen Theilen und diese fehlt im hinteren Drittel. — Er hat niemals ein Beispiel dafür gesehen, dass Beseitigung nasaler Verstopfung zur Atrophie laryngealer Papillome führte, und er glaubt auch nicht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Kehlkopfpapillom Verstopfung der Nase besteht.

Lennox Browne weist darauf hin, dass die nasale Verstopfung anerkanntermaassen eine Ursache laryngealer Hyperämie ist. Er verfügt auch über eine persönliche Beobachtung, dass Entfernung von Adenoiden bei einem Kinde das Wachsthum eines Kehlkopfpapilloms zum Stillstand brachte. Er hat dies Kind, dessen

Fall in seinem Lehrbuch erwähnt ist, nach mehreren Jahren wiedergesehen; seine Stimme war klar, der Tumor nicht wieder gewachsen.

Bark behandelt einen Fall von Kehlkopfpapillom, bei dem ausgesprochene Verstopfung der Nase und Adenoide vorhanden waren. Die Nasenpassage wurde wiederhergestellt und doch erwies sich später noch die Entfernung der laryngealen Geschwülste als nothwendig.

Lennox Browne will bei dieser Gelegenheit auch den Fall einer jungen Dame erwähnen, die einen enormen Nasenpolypen und ausserdem eine Reihe von Warzen an der Seite des Halses hatte. Kurz nach der Entfernung des Polypen waren alle Warzen verschwunden.

Dundas Grant: Asymmetrie der Stirnhöhle, bei der Operation erkannt.

Redn. berichtet über die Details eines Falles, in dem die physikalischen Zeichen einer Siebbeineiterung die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen her erforderlich machten. Die Oeffnung wurde an der rechten Seite angelegt, an der normalen Stelle, wie sie von Chipault näher bestimmt worden ist. Als man die Sonde tiefer einführte, stellte sich heraus, dass dieselbe in das linke Infundibulum drang und in der linken Nasenseite wieder erschien. Es musste nun eine zweite Oeffnung weiter nach rechts unten angelegt werden.

Milligan hat eine ähnliche Erfahrung gemacht.

Dundas Grant: Ein Fall von Operation bei Stirnhöhlenentzündung mit nicht-befriedigendem Resultat wegen Einlegung eines Gazetampons statt eines Drainrohrs.

Die Einlegung des Gazetampons bewährte sich schlecht. Der Eiter unterminirte die Weichtheile und die Operation musste erneuert werden.

Milligan hat ebenfalls mit der Tamponade üble Erfahrungen gemacht. Er legt jetzt stets ein Drain ein und hält die äussere Wunde 48 Stunden offen.

Hill hält es für rathsam, das Infundibulum ordentlich zu erweitern; dann ist weder ein Drain noch ein Gazetampon nöthig und die äussere Wunde kann unmittelbar geschlossen werden.

Grant schliesst sich dem von Milligan Gesagten an. Er hat mit dieser Methode zufriedenstellende Resultate erzielt.

Bark stimmt den Aeusserungen Hill's zu.

Stoker erwähnt einen Fall, der durch Oxygenbehandlung geheilt wurde.

Chichell Nourse: Empyem der Stirnhöhle durch das Infundibulum behandelt.

Redn. berichtet über einen Fall von chronischem Empyem der Stirnhöhle, bei dem er ein Hartgummidrain durch die natürliche Oeffnung einführte, die Höhle durch Ausblasung reinigte und die Tube liegen liess. Der Pat. ist nicht vollständig geheilt, aber doch sehr wesentlich gebessert.

Milligan hebt die bloss palliative Natur einer derartigen Behandlung hervor, sowie die Gefahr der Einführung von Instrumenten von unten her.

Dundas Grant hat von der Medication durch die natürliche Oeffnung wiederholt gute Erfolge gesehen; besonders war dies der Fall bei den nach Influenza auftretenden Fällen.

Bark hat einen Fall beobachtet, in welchem der Patient die Operation verweigerte. Er legte ein Gummidrain in das Infundibulum und injicirte durch dieses Medicamente mit dem Erfolge, dass der Ausfluss wesentlich abnahm. In einem zweiten Falle aber, den er ebenso behandelte, blieb jeder Erfolg aus und es musste die Operation von aussen gemacht werdeu.

Lennox Browne hält das Liegen der Tube in dem vorgestellten Falle für nützlich, obgleich es die spätere Operation nicht wird ersparen können.

Sitzung vom 27. October 1899.

Vorsitzender: Dr. Barclay Baron.

Der Vorsitzende hält eine Ansprache über:

„die Beziehungen der allgemeinen Medicin zur Laryngologie, Rhinologie und Otologie.“

Darauf stellt er einen Fall vor von doppelter Uvula bei einem Kinde, das gleichzeitig einen merkwürdigen Sprachdefect hatte.

Wingrave hält den Fall für eine Gaumenspalte und glaubt, dass der Sprachfehler andere Ursachen hat.

Abercrombie stellt wieder seinen Fall von Kehlkopfpapillom vor, den er in der Aprilsitzung gezeigt hat. Inzwischen sind die Mandeln und Adenoiden entfernt worden und danach ist die Geschwulst mit Adstringentien behandelt worden; sie ist jetzt erheblich verkleinert.

Whistler demonstrirt ein Instrument für die Spinen der Nasenscheidewand.

Reid erläutert für Orwin einen Apparat zur längeren Application von Hitze an den verschiedenen Körperregionen.

Tresilian stellt einen Fall von Neubildung in der linken Kieferhöhle bei einem Kinde mit erheblicher Anschwellung der linken Backe vor.

Es schliesst sich eine Discussion über den Sitz und die Natur der Geschwulst an.

Tresilian spricht dann über einen Fall von Anosmie nach Kopfverletzung.

Nourse stellt für Dr. Jakins einen Fall von maligner Neubildung im Kehlkopf bei einem Phthisiker vor.

Wyatt Wingrave stellt einen Fall von Eiterung der Kieferhöhle vor. Der dauernde Schmerz und der Ausfluss aus der linken Nase hatten sich an die vor 12 Monaten erfolgte Extraction eines oberen Molarzahnes angeschlossen.

Bei der Untersuchung fand sich eine kleine Oeffnung in der Alveole, durch die eine feine Sonde nach der Nasenhöhle geführt werden konnte. Diese Oeffnung wurde mit dem Bohrer erweitert, wobei sich ein stinkender Eiter entleerte.

Ernest Waggett.

---

d) Dänischer oto-laryngologischer Verein.

II. Sitzung am 21. October 1899.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.

1. G. Kjaer stellt einen 57jährigen Mann mit einer Geschwulst im Larynx vor. Vor 2 Jahren begann der Pat. heiser zu werden und Schlingbeschwerden zu bekommen; im Uebrigen hat er sich gut befunden, alle Functionen sind in Ordnung, er ist nicht mager geworden. Im Larynx befindet sich, von der rechten Seitenwand ausgehend, ein recht bedeutender Tumor, mit rother, geschwollener, nicht ulcerirter Schleimhaut bedeckt. Der Tumor verdeckt den grössten Theil der beiden Stimmbänder — doch sieht man bei der Intonation das vordere Drittel der Glottis. Wenn der Pat. sich ruhig hält, sind keine Respirationsbeschwerden vorhanden, bei Bewegungen aber kommt stridulöse Respiration. Der Tumor wölbt sich auch gegen den Oesophagus hervor. Diagnose: Carcinoma laryngis. Behandlung: Operation nicht indicirt. Bei event. eintretender Laryngostenose: Tracheotomie.

Schmiegelow ist mit dem Redner betreffs der Diagnose einig, meint aber doch, dass eine kräftige, antiluetische Behandlung versucht werden müsse — doch kaum ambulant, aus Rücksicht auf ein eventuelles Jodödem — welche ja eine augenblickliche Operation erfordern könnte. Sollte man an eine operative Behandlung dieses Falles denken, müsste es eine totale Exstirpation des Larynx und eine partielle Resection des Pharynx sein.

Grönbeck wollte in Anbetracht des dem Pat. unerträglichen Zustandes, mit einer trachealen Canüle herumzugehen und zu verhungern, eine theilweise Entfernung der Geschwulst durch eine Schlinge anrathen.

2. Kjaer zeigt zwei mikroskopische Präparate von 1. Lupus nasi, 2. Tumor nasi, bei einer 54jährigen Frau entfernt. Der Tumor sass auf dem knorpeligen Theile des Septums; er war so gross wie eine Mark, fest und knorrig, Die Geschwulst wurde durch die Schlinge entfernt, bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sie sich als tuberculös.

3. Schmiegelow stellte ein 31jähriges Mädchen vor, das seit längerer Zeit laryngo-stenotische Zeichen dargeboten hatte und zwar in solcher Stärke, dass ihr Arzt vor drei Wochen sich veranlasst gefunden hat, die Tracheotomie vorzunehmen. Nach 4 Tagen versuchte man die Canüle zu entfernen, sie musste aber auf neue eingesetzt werden und wurde dann ungefähr 14 Tage getragen, nach welcher Zeit sie entfernt werden konnte. Redner dachte an die Möglichkeit eines

tuberculösen Leidens, da Pat. in ihrer Kindheit und Jugend Zeichen dargeboten hatte, die nach dieser Richtung hindeuteten. In den letzten Tagen sind keine Respirationsbeschwerden vorhanden gewesen. Der Larynx ist normal; man findet eine starke Pharyngitis, und mit Ausnahme von einem Trockenhustengefühl im Halse bestehen keine subjectiven Symptome. Diagnose: Functioneller Inspirations- und Intonationsspasmus. Behandlung: Allgemeintherapie (kalte Abreibungen) und psychische Behandlung; locale Behandlung der Pharyngitis.

4. Schmiegelow stellte einen 17jähr. Gärtnerlehrling mit doppelseitiger Abductorparesis vor. In seiner Kindheit war der Pat. gesund gewesen, wurde vor 3 Jahren bei einem Buchdrucker in die Lehre gegeben, bekam kurz danach Husten und Zeichen eines chronischen Brustleidens und musste deshalb seine Stelle verlassen, um auf dem Lande einen Platz als Gärtnerlehrling zu übernehmen. Anfangs ging es hier besser, aber allmälig entwickelten sich Zufälle mit Zeichen von Larynxstenose. Patient wurde sehr mager. Die beiden Stimmbänder stehen jetzt in der Intonationsstellung fest, mit einer kleinen dreieckigen Spalte nach hinten. Die Stimme ist normal. Die objective Untersuchung bietet sonst nichts Anormales dar. Es fanden sich keine Tuberkelbacillen. Die Drüsen am Halse sind ein wenig geschwollen.

Die Ursache der Lähmung ist schwer zu finden; es kann sich kaum um ein Leiden in dem corticalen Centrum handeln, da in diesem Falle auch eine Lähmung der Adductoren vorhanden sein würde, also Aphonie. Wenn man ein bulbäres Leiden vermuthen sollte (z. B. Tabes dorsalis), wäre es sonderbar, wenn sich nicht andere, sichere Zeichen einer solchen Krankheit finden sollten. Solche sind aber bei dem Patienten nicht vorhanden. Man muss auch daran denken, dass eine Bleiintoxication als ätiologisches Moment in Frage kommen könnte. Die laryngo-stenotischen Zeichen kamen aber erst zum Vorschein lange Zeit nachdem sich Pat. von der Buchdruckerwirksamkeit zurückgezogen hatte. Vielleicht darf man daran denken, dass eine Zeit lang nur eine einseitige Lähmung vorhanden gewesen ist, die ja keine Symptome giebt, und dass erst später auch die Lähmung der anderen Seite hinzugekommen ist. Dies ist aber höchst unwahrscheinlich. Aller Wahrscheinlichkeit nach muss man an einen Druck auf den peripheren Theil der Nerven denken — was die linke Seite betrifft — vielleicht durch geschwollene bronchiale Drüsen. auf der rechten Seite vielleicht durch starke pleuritische Verdickungen. Behandlung: Gute Nahrung; versuchsweise Jodkali.

5. Grönbeck erwähnt ein 8jähriges, im Uebrigen gesundes Mädchen mit einem Tumor im Nasen-Rachenraum. Derselbe füllte fast den ganzen Nasen-Rachenraum aus, er war fest, uneben, wie eine Tonsille. Diagnose: Fibrom.

III. Sitzung am 25. November 1899.

1. Grönbeck stellte ein junges Mädchen mit Tuberkulose in der Nase, dem Rachen und im Kehlkopf vor. Die Patientin ist 20 Jahre alt — sie war als Kind gesund gewesen — und hat keine Zeichen von Scrophulose dargeboten. Sie ist vor

einiger Zeit im Friedrichsberger Hospital wegen einer Dacryocystitis, sowie Adenitis colli behandelt worden; sie hatte damals auch eine stark näselnde Stimme mit verstopfter Nase. Der rechte Thränenkanal wurde gespalten und adenoide Vegetationen entfernt. — Stethoscopisch hat man eine Retraction der beiden Lungenspitzen mit bronchialer Respiration constatirt — aber keine Rasselgeräusche. Vor einem Monat kam Pat. zu dem Vortragenden. Ihr Aussehen war damals so, wie man es bei einem Patienten mit der torpiden Form der Scrophulose findet. Die Nase links vollständig verstopft — mit Granulationsgewebe erfüllt —, rechts geringe Luftdurchgängigkeit — doch fand sich auch rechts von der Concha inferior ausgehend eine erbsengrosse Intumescenz — ebenfalls aus Granulationsgewebe bestehend. Im Nasen-Rachenraum eine grosse Ulceration; der weiche Gaumen unbeweglich und stark infiltrirt und auf der Hinterwand desselben eine einzelne Ulceration; im Munde mehrere, kleinere Ulcerationen. Epiglottis stark geschwollen, besonders auf der linken Seite — ebenso die Plica aryepiglottica und die beiden falschen Stimmbänder; die wahren — so weit sich sehen liess — gesund. Reg. arytaenoidea zu dieser Zeit gesund — später ist besonders die linke Seite derselben afficirt worden. Die Behandlung bestand in Auskratzen des Granulationsgewebes der Nase mit scharfem Löffel — und später Pinseln der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes mit Sulforicinphenolnatrium (30 pCt.). Unter dieser Behandlung hat der Zustand der Patientin sich gebessert; der Appetit hat zugenommen; keine interne Behandlung. Die mikroscopische Untersuchung des entfernten Gewebes zeigte eine Menge von Riesenzellen — es fanden sich aber keine Tuberkelbacillen.

2. Kleine erwähnte ein 11jähriges Mädchen, bei welchem er Adenoide entfernt hat — und bei dem eine bedeutende Nachblutung eintrat, welche seiner Meinung nach mit einem bestehenden Magencatarrh in Zusammenhang steht. Die Patientin hatte sich wegen Schnupfens und häufigen Nasenblutens an ihn gewendet. Bei der Untersuchung der Nase fand K. eine kleine Ulceration auf der linken Seite des Septums; diese wurde mit Chromsäure geätzt. Nach 14 Tagen kam das Kind wieder — der Schnupfen war unverändert — die Stimme nasal — es war Hypertrophie der linken Concha inf. vorhanden — und reichliche Menge von adenoiden Vegetationen. Es wurde dann eine Ausschabung vorgenommen — wobei das Gottstein'sche Instrument angewendet wurde. Ungefähr 12 Stunden nach der Operation kam ein Eilbote: das Kind blute — und habe bereits eine Menge Blut ausgeworfen. K. fand das Kind sehr anämisch — den Puls klein. Die Blutung stand aber bald auf Darreichung von Eispillen mit Extr. fluid. hydrast. canaden. Die Ursache dieser Blutung liess sich nicht leicht erklären. Zur Operation war ein nicht neues und nicht besonders scharfes Instrument angewendet worden; die Pt. hatte keine Läsion von Knochentheilen erfahren; das Kind war zur Zeit der Operation vollständig gesund — hatte keine Angina; keine Hämophilie in der Familie. Die Massen sehen — mikroscopisch — wie typische aden. Veget. aus. Die Blutung gleich nach der Operation war nicht besonders stark. Es liesse sich vielleicht denken, dass die Ursachen ein bei dem Kinde vorher bestehender Catarrhus ventriculi sei, der durch die fortwährende Uebelkeit und das Erbrechen das Blutcoagulum von der Wunde entfernte. Schmiegelow ist am meisten geneigt, an eine leichte Angina oder vielleicht Veränderungen der Gefässe zu denken.

3. Norregaard stellte einen 14jährigen Knaben vor, der seit seinem elften Jahre zu wiederholten Malen wegen eines stets recidivirenden Fibroms im Nasenrachenraum operirt worden ist.

4. Ausserdem wurden mehrere otologische Fälle vorgestellt und diskutirt.

P. M. Buhl (Schmiegelow).

IV. Briefkasten.

Programm der Abtheilung für Kehlkopfkrankheiten der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Aachen, 16.—22. September 1900.

Einführender: P. Schmithuisen.
Schriftführer: Dr. A. Lieven, Dr. H. Dremmen.

Sitzungslocal: Gewerbliche Fachschulen, Martinstrasse, Zimmer No. 23, 1. Stock.

Angemeldete Vorträge:

1. Braun, M. (Triest): Vibrationsmassage der oberen Luftwege mittelst Sonden, demonstrirt an Kranken. Specielle Berücksichtigung derselben in der Nase bei Stirnhöhlencatarrh und der Tube bei Schwerhörigkeit.
2. Fischenich, Fr. (Wiesbaden): Ueber Syphilis des Nasenrachenraumes. Heymann (siehe No. 8).
3. Lieven (Aachen): Zur Therapie der syphilitischen Nekrose des harten Gaumens.
4. Derselbe: Mercurielle Erscheinungen im Munde.
5. Schmithuisen, P. (Aachen): Zur Therapie der syphilitischen Nekrose des Nasenbodens.
6. Derselbe: Mercurielle Erscheinungen im Halse.
7. Derselbe: Vorstellung von Kranken mit typischen Nasen-Rachenpolypen und Demonstration der Nasen- und Rachenverhältnisse von Personen, welche durch Elektrolyse geheilt wurden.
8. Heymann, P. (Berlin): Zur Lehre von den Geschwülsten in der Nase.

Zu Vortrag 2 ist die Abtheilung 29 für Hautkrankheiten und Syphilis eingeladen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, October. 1900. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Della Vedova** und **U. Ambrosini. Oto-Rhino-Laryngometrische Tabellen. (Tables oto-rino-laringométriques.)** *Annali di Laringologia etc. Januar 1900.*

Auf eigenen anatomischen Untersuchungen beruhende, sehr ausführliche Angaben der Massverhältnisse in Larynx und Nase. FINDER.

2) **C. H. Powell. Nasen- und Halsaffectionen. (Nose and throat affections.)** *North American Journal of Diagnosis and Practice. Januar 1900.*

Der ganze Artikel ist dem Lobe eines in P.'s Besitze befindlichen Mittels gewidmet. EMIL MAYER.

3) **J. Sendziak. Die krankhaften Veränderungen in Kehlkopf, Nase, Rachen und Ohr bei den acuten Infectionskrankheiten. (Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne przy ostrych chorobach zakarnych.)** *Pamietnik Towarzystwa lekarskiego. L. I. 1900.*

Verf. hielt über dieses Thema in der Warschauer medicinischen Gesellschaft einen Vortrag, in welchem er die in der Literatur niedergelegten Thatsachen unter Verwerthung seiner eigenen Erfahrungen zusammenstellt. Er bespricht systematisch sämmtliche acute Infectionskrankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Frank S. Milbury. Ueber Erkältung. (Taking cold.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

5) **J. B. Selman. Kleidung, Erkältung und Catarrhe. (Clothing, colds and catarrhal disease.)** *Journal of Medicine and Science. Januar 1900.*

Ein Protest gegen unhygienische Kleidung. EMIL MAYER.

6) **O. F. Baerens. Catarrh. (Catarrh.)** *Wisconsin Medical Recorder. März 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

7) **A. J. Schellschmidt. Behandlung von Catarrhen. (Treatment of catarrh.)** *Medical Progress. März 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

8) **John A. Thompson. Herzerweiterung als Complication bei obstruirenden Processen in den oberen Luftwegen. (Dilatation of the heart complicating obstructive lesions of the upper air passages.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1899.*

Stenosen der oberen Luftwege sind gelegentlich mit Schwäche und Erweiterung des Herzens complicirt. Der Arzt wird gut thun, alle derartigen Fälle sorgfältig in Bezug auf den Zustand ihres Herzens zu untersuchen, ehe er sich zur Operation entschliesst.

EMIL MAYER.

9) **Ernest L. Shurly. Die Contagiosität der Lungenschwindsucht. (The contagiousness of pulmonary consumption.)** *The Physician and Surgeon. December 1899.*

S. bespricht die Frage der Anmeldepflicht und der Absonderung Tuberculöser. Der Arzt muss entscheiden, welcher Fall sich von Geschäften und Gesellschaft zurückziehen muss im Interesse derer, die durch ihn der Ansteckung ausgesetzt sind. Die Entscheidung ist schwer, denn natürlich kann nicht Jeder, der einen chronischen Husten hat, gleichsam aus dem menschlichen Verkehr verbannt werden.

EMIL MAYER.

10) **Flatau** (Berlin). **Zur Prophylaxe und Behandlung der Blutungen der oberen Luftwege.** *Deutsche Praxis. 3. 1900.*

Aus der kurzen Uebersicht über die verschiedenartigen Blutungen aus den oberen Luftwegen geht hervor, dass oft auf die Behandlung der einmaligen Blutung im Sinne der Prophylaxe weniger Gewicht zu legen ist, als auf die causale Therapie des Leidens, das die Blutung hervorrief. Auch so bedürfen manchmal Blutungen geringen Grades, den Nachweis ihrer Herkunft aus dem Gebiete der oberen Luftwege vorausgesetzt, nicht immer einer directen Behandlung, sie können schon stehen, wenn die sie unterhaltenden Schädlichkeiten vermieden werden.

SEIFERT.

11) **Bass** (Wien). **Neuere Methoden der Blutstillung.** *Klin. therapeut. Wochenschrift. No. 15. 1900.*

Bei spontanen, sowie postoperativen Nasenblutungen sollen sich 5 pCt. Gelatinelösungen — subcutan, als Tampons und direct eingegossen — sehr gut bewährt haben.

CHIARI.

12) **Geo. W. Crile. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen von gesteigertem barometrischen Druck und von Fremdkörpern in Rachen, Speiseröhre, Luftröhre und Kehlkopf. (Experimental researches on the effects of**

increased barometric pressure and of foreign bodies in the pharynx, oesophagus, trachea and larynx.) *N. Y. Medical News. 27. Januar und 24. Februar 1900.*

Die fleissigen Experimente C.'s, die in mehrfacher Hinsicht von Interesse sind, lassen sich im Referate nicht wiedergeben.

LEFFERTS.

13) **J. J. Mackenzie. Eine Streptothrixform aus Wasser isolirt, die dem Diphtheriebacillus ähnlich sieht. (A streptothrix form isolated from water resembling diphtheria bacillus.)** *Journal Boston Society Medical Sciences. Januar 1900.*

Aus einer Wasserprobe gingen Colonien auf, die zuerst für Diphtheriebacillen gehalten wurden, bei der Untersuchung aber sich als Streptothrix erwiesen.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Herm. Cordes. Ueber die schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge in der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 1. p. 23. 1900.*

Verf. schliesst seine Ausführungen, die durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt sind, mit folgenden Sätzen:

1. Die im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut bisweilen vorkommenden knospenartigen Gebilde sind nicht als selbstständige Schleimdrüsen aufzufassen.

2. Dieselben gehören vielmehr den normalen Schleimdrüsen an und werden hervorgerufen durch schleimige Metamorphose der den Ausführungsgang im Epithel begrenzenden Zellen.

3. Da es wegen des oft schrägen Verlaufes des Ausführungsganges unter dem Epithel nur selten an einzelnen Schnitten gelingt, den Zusammenhang von Ausführungsgang und Knospe nachzuweisen, können diese Gebilde leicht den Eindruck rein epithelialer Bildungen hervorrufen.

F. KLEMPERER.

15) **W. S. Fowler. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *Southern California Practitioner. Januar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

16) **Bresgen** (Wiesbaden). **Ueber die Nothwendigkeit örtlicher Behandlung des frischen Schnupfens.** *Die ärztl. Praxis. 3. 4. 1900.*

Nach vorheriger Cocainisirung lässt Br. Kalium oder Natrium sozojodolicum (Vormittags und Abends) einblasen.

SEIFERT.

17) **Redact. Notiz. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1900.*

Rp. Pulv. Menthol. 0,25
Pulv. betol. 2,50

Cocain. muriat. 0,50
Pulv. Coffeae tostae 4,00.
M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen. LEFFERTS.

18) **Frederick H. Millener. Getrocknetes Suprarenalextract bei acuter Coryza. (Desiccated suprarenal extract in acute coryza.)** *Buffalo Medical Journal. März 1900.*

Das Extract verhütet Blutungen, da es die kleinen Gefässe zur Contraction bringt. Nach Beginn der Blutung ist das Mittel nicht mehr wirksam.

EMIL MAYER.

19) **Redact. Notiz. Gegen nasale Hydrorrhoe. (For nasal hydrorrhoea.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1900.*

Atropin. sulfur. 0,0045
Strychnin. sulfur. 0,045
Syrup. Aurant. 360,0
M. D. S. 2mal täglich 1 Theelöffel voll. EMIL MAYER.

20) **V. Melzi. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe. (A case of nasal hydrorrhoea.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1900.*

40jährige Frau, leidet seit 6 Jahren an einer nasalen Hydrorrhoe. Die chemische Untersuchung der Flüssigkeit scheint dafür zu sprechen, dass es sich nicht um Cerebrospinalflüssigkeit handelt. Eher gleicht das Secret der Thränenflüssigkeit, doch lässt sich eine Affection des Thränenapparates nicht nachweisen. Der Geruch ist intact. Die Nebenhöhlen sind frei. Alle therapeutischen Maassnahmen, darunter Vibrationsmassage, Atropin, Protargol, haben versagt.

LEFFERTS.

21) **Ludwig Hektoen. Spontanes Abfliessen von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. (Spontaneous escape of cerebrospinal fluid from the nose.)** *Indiana Medical Journal. Februar 1900.*

Der Artikel, der nichts Originelles enthält, basirt auf der bebannten Arbeit von St. Clair Thomson. EMIL MAYER.

22) **W. Freudenthal. Fall von spontanem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nasė.** *Medical Record. 10. Februar 1900. New Yorker Med. Monatschr. Februar 1900.*

Bericht eines Falles. Patientin leidet an beständigem Träufeln der Nase. Sie bekam das Leiden im Anschluss an ein hohes Fieber und bronchialen Husten. Wenn sie auf der Seite liegt, ist das Träufeln nicht so stark, als wenn sie den Kopf vornübergebeugt hält. Wenn sie auf dem Rücken liegt, träufelt die Nase überhaupt nicht, allein sie muss dann beständig husten und auswerfen. Chemische Untersuchung nicht vollständig. Reaction alkalisch. Spec. Gewicht 1007. Kein Mucin. EMIL MAYER.

23) **Geo. S. Hull. Heilung nach Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. (Recovery following escape of cerebro-spinal fluid.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. Februar 1900.*

Der Fluss der Cerebrospinalflüssigkeit war die Folge eines schweren Kopf-

traumas. Er nahm allmählich ab und war nach 4 Wochen wieder vergangen. Der Geruchssinn, der nach der Verletzung verschwunden war, kehrte nicht wieder.

EMIL MAYER.

24) **G. Masini. Ueber Rhinitis caseosa. (Sulla rinite caseosa.)** *Annali di Laringologia etc. Januar 1900.*

Bericht über einen Fall dieser Erkrankung, die Ref. als Morbus sui generis betrachtet, dessen specifisches pathogenes Agens der Streptothrix albus ist. Derselbe wurde auch im vorliegenden Falle gefunden.

G. FINDER.

25) **P. H. Gerber. Chomaeprosopie und hereditäre Lues in ihrem Verhältniss zur Platyrrhinie und Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie etc. Bd. X. p. 119. 1900.*

G. hat 407 Ozaenakranke in Bezug auf den Zusammenhang von Chomaeprosopie, Lues und Ozaena untersucht und stellt folgende Sätze auf:

1. Eine echte Rhinitis atroph. foet. werden wir immer da finden, wo wir gewisse Hemmungsbildungen des Nasengerüstes in Verbindung mit Epithelmetaplasie und gewissen Reductionsprocessen der Schleimhaut constatiren können.

2. Jene Hemmungsbildungen des Nasengerüstes werden wir in der Mehrzahl der Fälle in ihrem natürlichen Zusammenhange mit der entsprechenden Gesichtsschädelform finden (Chomaeprosopie-Platyrrhinie). — In anderen Fällen können sie durch pathologische Processe bedingt sein, so besonders durch hereditäre Lues.

3. In Ausnahmefällen kann auch durch das Zusammentreffen anderweitig bedingter Weite der Nasenhöhlen mit Epithelmetaplasie das Bild der Rhin. atr. foet. entstehen.

F. KLEMPERER.

26) **A. Desimoni. Ueber wahrscheinliche Ozaena-Epilepsie. Beitrag zur weiteren Kenntniss der Complicationen der Ozaena. (Sulla probabile epilessia ozenatose. Contributo alla più ampia conoscenza delle complicazioni dell' ozaena.)** *Bollet. della malattie dell'orecchio etc. Mai 1900.*

Ref. berichtet über zwei Fälle von Ozaena, die mit charakteristischen epileptischen Anfällen complicirt waren. Aus der Anamnese beider Fälle ging hervor, dass der Beginn der Epilepsie zeitlich zusammenfiel mit einer Verschlimmerung eines schon seit Jahren bestehenden chronischen Katarrhs der Nase. Für den vom Verf. mit rühmenswerther Reserve und als „wahrscheinlich“ angenommenen engeren Zusammenhang zwischen Ozaena und Epilepsie in seinen Fällen spricht der Umstand, dass die gegen erstere eingeleitete Therapie — Ausspülungen der Nase mit übermangansaurem Kali und einen um den anderen Tag wiederholte mehrstündige Application eines mit Kreosotglycerin (1 Theil Kreosot auf 4 Theile Glycerin) getränkten Wattebausches — den Erfolg hatte, dass die epileptischen Anfälle definitiv verschwanden. Verf. hat in beiden Fällen ausser anderen Mikroorganismen aus der Nasenhöhle seines Patienten einen Fränkel'schen Diplococcus von ganz besonders starker Pathogenität züchten können; es gelang mittels desselben, grosse Meerschweinchen — eine gegen Diplococceninfection besonders refractäre Thierart — innerhalb 20—24 Stunden zu tödten. Verf. er-

örtert die Möglichkeit, dass durch Anhäufung der Stoffwechselproducte dieser Diplococcen in seinen Fällen die epileptischen Anfälle hervorgerufen sein könnten.

G. FINDER.

27) **F. Siebenmann. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

Verf. bespricht die Rhinitis atrophica simplex und foetida, die constant von Pharyngitis sicca begleitet werden. Er ist der Ansicht, dass der Hausarzt, der den Pat. regelmässig sieht und überwacht, bessere Behandlungsresultate zu erzielen vermag, als der nur gelegentlich consultirte Specialist. LEFFERTS.

28) **Bommier. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. News. 24. Februar 1900.*

Verf. lässt zweimal täglich die Nasendouche gebrauchen und danach folgende Salbe in die Nase einführen:

Rp. Menthol. 0,25
Ac. boric. 1,50
Vaselin. 30,0
Ol. geran. rosat. gtt. 10
M. f. Unguentum.

LEFFERTS.

29) **D. Braden Kyle. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Treatment of atrophic rhinitis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. März 1900.*

Bei vorgeschrittener Atrophie benutzt K. 1 : 500 Senföl, wenn dies nicht empfunden wird, 2, 3 oder sogar 4:500. Kann die zuletzt genannte Concentration ohne Schaden genommen werden, so darf man die Atrophie als vollständig und die Heilung für unmöglich ansehen. Innerlich verordnet K. Phosphor und Jod.

EMIL MAYER.

30) **Charles Moir. Methylenblau zur localen Application bei Erkrankungen der Schleimhaut. (Methylene blue as a local application in diseases of the mucous membrane.)** *Amer. Pract. and News. Januar 1900.*

M. rühmt das Mittel als sehr nützlich bei chronischer Mandelentzündung und atrophischer Rhinitis. (Seine Empfehlung gründet sich auf die Behandlung dreier Fälle und da er angiebt, in einem Falle auch vicariirende Menstruationsblutung aus der Tonsille geheilt zu haben, so ist seinem Urtheil gegenüber sicherlich Reserve am Platze. Ref.) EMIL MAYER.

31) **Noebel** und **Löhnberg** (Zittau). **Aetiologie und operative Radicalheilung der genuinen Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. 11—13. 1900.*

1. „Die weitaus meisten als Ozaena imponirenden Naseneiterungen beruhen auf Erkrankungen der Keilbein- und Siebbeinhöhlen. 2. Fötor, Atrophie und Borkenbildungen zeigende Naseneiterungen können auf ganz verschiedenen Ursachen beruhen, die meisten beruhen auf Herdeiterungen im Siebbein- und Keilbeingebiet. 3. Eine rationelle Behandlung der Ozaena im Einzelfalle kann erst erwartet werden, wenn ihre primären Ursachen aufgedeckt sind. 4. Da diese Ursachen meist Keilbein- oder Siebbeinempyeme sind, wird die Therapie der Ozaena eine chirurgische sein — oder sie wird erfolglos sein.“

Wie man sieht, entsprechen diese Schlusssätze der Autoren Punkt für Punkt den von Grünwald vertretenen, bekannten und vielfach kritisirten Anschauungen.

ZARNIKO.

32) **E. C. Elliot. Einige Bemerkungen über die Erkrankungen des Auges, der Nase und des Halses beim Neger. (Some remarks on diseases of the eye, nose and throat in the negro.)** *Memphis Lancet. Januar 1900.*

Die Fälle von Hals- und Nasenerkrankungen, die E. unter Negern beobachtete, waren einige wenige hypertrophische Rhinitiden und eine erhebliche Anzahl von Syphilisfällen. Adenoide Vegetationen kommen beim Neger nicht vor.

EMIL MAYER.

33) **L. Polyák. Die Behandlung der Nasenmuschelhypertrophien. (Az orrkagyló hypertrophiák gyógykezelése.)** Vortrag, gehalten in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest am 13. Januar 1900. — *Orvosi Hetilap. 1900.*

Hypertrophien der Muscheln sollen von den Schwellungszuständen scharf getrennt werden. Nach ausführlicher Würdigung der diesbezüglichen klinischen und histologischen Befunde, wobei Vortr. berichtet, dass es ihm gelungen ist, bei Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln die Theilnahme des Muschelbeins mit Bildung von Osteoblasten nachzuweisen, werden die verschiedenen therapeutischen Eingriffe zur Beseitigung der Hypertrophien und Herstellung der Nasenathmung kritisch besprochen. Wahre Hypertrophien können nicht zur Resorption gebracht werden, folglich sind Nasenwaschungen, Einblasungen von Pulvern, Pinselungen, mechanische Dilatation und Vibrationsmassage schon a priori werthlos. Dass durch Aetzungen mit Chromsäure und ähnlichen Substanzen, ferner durch Galvanokaustik die Hypertrophien verkleinert werden können, steht ausser Frage, doch sind diese Verfahren langwierig, quälend und wissenschaftlich niemals radical, denn es wird stets viel hypertrophisches Gewebe zurückgelassen. Ist aber schon einmal die Beseitigung der Hypertrophien angerathen, so soll das schnell und gründlich in einer Sitzung geschehen, mit der kalten Schlinge, Messer oder Scheere. Zuweilen ist auch eine partielle Resection des freien Muschelrandes erwünscht, die totale Entfernung der unteren Muscheln hingegen niemals. Nach der Operation Tamponade 3—5 Tage lang. Complicationen, Wundinfection erlebte Vortr. bis jetzt niemals, und der Erfolg war stets zufriedenstellend.

Bei der Discussion erklären sich Zwillinger, Donogány und Némai für die Galvanokaustik und behaupten damit alles Krankhafte beseitigen zu können. Lénart hält den chirurgischen Eingriff unter Umständen für indicirt, doch erlebte er öfters gefährliche Nachblutungen, weshalb er jetzt nach der Operation eine Belloq'sche Tamponade applicirt. Baumgarten ist für die chirurgische Entfernung der Hypertrophien, während Morelli sich für Adstringentien und Dilatation äussert; ist ein chirurgischer Eingriff nothwendig, so bevorzugt er die Bohrmaschine.

v. NAVRATIL.

34) **Wm. D. H. Brown. Einige interessante Fälle von erworbener Syphilis des Halses und der Nase. (Some interesting cases of acquired syphilis of the nose and throat.)** *The Medical Fortnightly. 15. Januar 1900.*

Krankengeschichte von 3 Fällen, an denen nichts Ungewöhnliches ist. Der Verf. benutzt den galvanischen Strom zur Linderung der Schmerzen, 5—7 Milli-

ampères 3—7 Minuten lang mit dem positiven Pol, wenn der Schmerz fort ist, mit dem negativen Pol.

EMIL MAYER.

35) **W. S. Brenholtz. Syphilis der Nase und des Halses. (Syphilis of the nose and throat.)** *Pennsylvania Med Journal. Januar 1900.*

Als Contagionsquellen sind Leihbibliotheksbücher und öffentliche Trinkbecher genannt. Für die Coryza der Kinder wird ein Spray von Cocain 1 : 10000 empfohlen.

EMIL MAYER.

36) **M. Foucher. Syphilitische Nekrose der unteren Muschel. (Necrose syphilitique du cornet inferieur.)** *L'Union Médicale du Canada. März 1900.*

Nach einer wenige Tage durchgeführten Localbehandlung liess sich der necrotische Knochen leicht entfernen.

EMIL MAYER.

37) **W. C. Wood. Syphilitische Nekrose des harten Gaumens und der Nasenknochen. (Syphilitic necrosis of the hard palate and of the nasal bones.)** *Brooklyn Medical Journal. März 1900.*

Entfernt wurde der knöcherne Boden der Nase, der Vomer, die untere Muschel und einige Sequester vom Siebbein. Schliesslich zeigte sich auch das Stirnbein erodirt, der Sinus wurde eröffnet und mit Gaze ausgestopft. Der Fall beweist, dass weder der Vomer noch die inneren Nasenknochen die eigentliche Stütze der Nase sind.

EMIL MAYER.

38) **G. Prota** (Neapel). **Vegetative Tuberculose der Nase. (Tuberculosi vegetante del naso.)** *Arch. Ital. di Laring. Neapel. Januar 1900.*

Verf. bespricht in ausführlicher Darlegung die Literatur dieser Erkrankung, ihre Pathologie und Behandlung. Er theilt einen Fall von primärer Tuberculose der Nase mit. Der Pat. hatte aber einige Lupusknötchen am Ohr. Mit Ausnahme einer leichten Infiltration am Septum, die zurückblieb, scheint der Fall geheilt worden zu sein.

JAMES DONELAN.

39) **Frederick C. Cobb. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 4. Januar 1900.*

Verf. macht auf die Häufigkeit von Nephritis als Ursache von Nasenbluten aufmerksam und fordert in jedem Falle die Untersuchung des Urins. Zur Behandlung des Nasenblutens ist Suprarenalextract empfohlen worden. Dasselbe schädigt zwar die Nasenschleimhaut nicht, aber es ist doch zu bemerken, dass spätere Blutungen danach constatirt worden sind. Wenn die Tamponade erforderlich ist, sollen die Gazestreifen am Boden der Nase entlang eingeführt werden. (Das neuerdings mehrfach empfohlene Wasserstoffsuperoxyd erwähnt der Verf. nicht, ebensowenig die Gelatine, die auf Wattebäuschchen wie auch in intravenöser Injection gegeben worden ist.)

EMIL MAYER.

40) **A. B. Kelly. Nasenbluten aus den Ethmoidalvenen. (Epistaxis from the ethmoidal veins.)** *Lancet. 24. Februar 1900. New York Medical Record. 10. März 1900.*

Vier Fälle von schwerem recidivirenden Nasenbluten. In 3 Fällen trat das

Blut am oberen Ende der mittleren Muschel (!) hervor; im 4. war der Ursprung der Blutung nicht genau festzustellen. Alle 4 Fälle betrafen Erwachsene.

ADOLPH BRONNER.

41) **D. Richmond. Blutung durch den Thränencanal nach Tamponade der Nase. (Hemorrhage through the lacrymal duct after plugging the nares.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Der Patient hatte einen schweren Typhus. Die Blutung aus der Nase trat mit starkem Temperaturabfall ein. Nachdem die Nase tamponirt war, sickerte das Blut aus den Thränenwegen.

LEFFERTS.

42) **Wm. F. Clevenger. Blutung in den Conjunctivalsack durch den Ductus nasalis nach operativer Entfernung einer Spina. (Hemorrhage into the conjunctival sac though the nasal duct, following an operation for the removal of a nasal spur.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. Februar 1900.*

Die Operation wurde nach Anästhesirung mit Cocain und Suprarenalextract mittelst der Säge gemacht. Keine Tamponade. Es trat eine starke secundäre Blutung ein, bei der das Blut auch durch den Ductus nasalis ins Auge drang.

EMIL MAYER.

43) **C. Compaired** (Madrid). **Andauernde und häufig wiederkehrende Hämorrhagien der Nasenhöhlen. (Hemorragias de las fosas nasales persistentes y repetidas con mucha freenaccia.)** *El Siglo Medico. No. 15. April 1900.*

Genannte Nasenblutungen traten nach Verlauf eines typhösen Fiebers fast periodisch mit ungeahnter Stärke auf. Die rhinoskopische Untersuchung liess einen Riss des inneren Zweiges der Art. spheno-palatina mit Varicenbildung erkennen. C. behandelte letztere mit dem Galvanokauter und Tamponiren der Nasenhöhle mit in 5proc. Lösung von Chlorzink getränktem Wattebausch, wonach die Blutungen vollständig aufhörten.

R. BOTEY.

44) **J. V. Fitzpatrick. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *Journal American Medical Assoc. 28. April 1900.*

Die bedrohliche Blutung folgte auf die galvanokaustische Abtragung der geschwollenen rechten unteren Muschel. F. fragt jeden Patienten, ob er Bluter ist. Der betr. Pat. hatte angegeben, dass er vor 10 Jahren eine schwere Blutung gehabt hat, seither aber nicht. Die Blutung wurde durch Gazetamponade gestillt, setzte aber beim Verbandwechsel wieder ein. Eine Ergotininjection machte erhebliche Allgemeinstörungen; Natrium bromatum dagegen wirkte gut. Vor jeder Blutung waren deutliche vasomotorische Störungen am ganzen Körper zu erkennen.

EMIL MAYER.

45) **P. S. Donnellan. Aetiologie und Behandlung des Nasenblutens. (The etiology and treatment of epistaxis.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1900.*

In einem von D. beobachteten Falle war das Nasenbluten verursacht durch eine complicirte Fractur der Nasenbeine und der Lamina perpendicularis des Siebbeins. Die Tamponade war erforderlich.

EMIL MAYER.

46) **W. E. Shaw. Eine Methode zur Stillung von Nasenbluten. (Instrument to control epistaxis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. Februar 1900.*

Ein Stück Hühnerdarm wird in die Nase geschoben und aufgeblasen.

EMIL MAYER.

47) **Wm. Tudkins. Instrument zur Stillung von Nasenbluten. (Instrument to control epistaxis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. Februar 1900.*

Verf. führt einen eingeölten Condom in die Nase und bläst ihn auf. Behufs Entfernung wird derselbe einfach angestochen. EMIL MAYER.

48) **Geo. L. Richards. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900.*

R. tamponirt die Nase mit Jodoformgazestreifen, die er in ein Gemisch von Wasserstoffsuperoxyd und einem antiseptischen Oel (enthaltend Menthol, Eucalyptus, Thymol und Campher in flüssigem Vaselin) taucht. LEFFERTS.

49) **Redact. Notiz. Forcirte Dilatation des Thorax als Mittel zur Stillung von Nasenbluten. (Forced dilatation of the thorax to arrest epistaxis.)** *Journal American Med. Assoc. 6. Januar 1900.*

Der Pat. sitzt aufrecht auf dem Stuhl, legt beide Arme über seinen Kopf und athmet ruhig und so tief als möglich mit offenem Munde. Dadurch werden die Kopf- und Halsvenen entleert und die Blutung kommt zum Stehen.

EMIL MAYER.

50) **Rendu. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 13. Januar 1900.*

Antipyrin. 0,5
Tannin. 1,0
Sacchari pulver. 10,0.
M. D. S. Pulver zum Einblasen in die Nase. LEFFERTS.

51) **J. C. Wilson. Gegen Nasenbluten. (For epistaxis.)** *Journal Amer. Med. Association. 24. Februar 1900.*

Verf. empfiehlt Applicationen von Eis auf die Nase und in den Nacken, oder langsame Instillation von sehr heissem Wasser in die Nase; ferner Einführung von Wattetampons, die angefeuchtet und dann in Antipyrin gerollt oder mit Extr. fluid. Hamamelis getränkt sind. Hält die Blutung trotz allem an, so muss die vordere und hintere Tamponade mit antiseptischer Gaze gemacht werden. EMIL MAYER.

52) **Frochon. Citronensaft bei Nasenbluten. (Lemon juice in epistaxis.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. April 1900.*

In einem Falle von sehr schwerer Blutung erzielte F. durch eine einzige Injection von Citronensaft in die blutende Nasenseite sofortiges Stehen der Blutung.

EMIL MAYER.

53) **Struckmann** (Dänemark). **Untersuchungen von Schulkindern. (Undersögelser af Skoleborn.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 481. 1900.*

Verf. hat 650 Kinder von der Communeschule zu Nestoed in hygienischer Beziehung untersucht. Von den Resultaten, die er zusammenstellt, sei nur die

folgende Uebersichtstabelle betreffend die Häufigkeit adenoider Vegetationen mitgetheilt:

	Alter	6—8	9—11	12—14		
Anzahl von Untersuchten		104	136	80	320	
Knaben	leichte Fälle	26	39	17	82 = 25 pCt.	30 pCt.
	schwere Fälle	5	9	2	16 = 5 pCt.	
Anzahl von Untersuchten		70	120	61	251	
Mädchen	leichte Fälle	12	31	13	56 = 22 pCt.	30 pCt.
	schwere Fälle	7	8	5	20 = 8 pCt.	

Die Schüler wurden alle mittelst Digitalexploration des Nasenrachenraumes untersucht.

SCHMIEGELOW.

54) **L. Lichtwitz** und **J. Sabrazès. Blutbefund (hämatologische Formel) bei mit adenoiden Vegetationen behafteten Kindern und dessen Veränderung nach der Operation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 278. 1900.*

Die Verff. constatirten bei Kindern mit Adenoiden einen leichten Grad von Anämie und von Leukocytose, Vermehrung der Procentzahl und der absoluten Zahl pro cbmm der grossen mononucleären Zellen und namentlich der Lymphocyten und eosinophilen Zellen; dagegen eine Verminderung des relativen und absoluten Verhältnisses der neutrophilen polynucleären Zellen. Nach der Abtragung der Vegetationen hat die hämatologische Formel die Neigung, zur normalen Formel zurückzukehren. Die Verff. schreiben dem Blutbefund nicht allein ein theoretisches Interesse zu, sondern auch ein praktisches für die Diagnose und für die Entscheidung, ob die Operation indicirt ist.

F. KLEMPERER.

55) **Redact. Notiz. Die Beziehung der adenoiden Vegetationen zu gewissen Infectionskrankheiten der Kindheit. (The relation of adenoid vegetations to certain infectious diseases of childhood.)** *The Medical Bulletin. Februar 1900.*

Primäre Localisation von Diphtheritis im adenoiden Gewebe kann unbemerkt bleiben. Ein Anfall von Adenoiditis während der Reconvalescenz von Diphtherie kann den Löffler'schen Bacillus zu neuer Energie erwecken und ein Recidiv verschulden.

EMIL MAYER.

56) **Lalatta. Ueber die Häufigkeit der adenoiden Vegetationen in der Provinz Parma.** *Associazione Medico-Chirurgica di Parma. 1. Januar 1900.*

Verf. hat bei einem Material von 2657 Patienten, die wegen Erkrankungen der Ohren, Nase oder des Kehlkopfes zur Untersuchung kamen, nur 64 (2,4 pCt.) gefunden mit Hypertrophie der Rachentonsille.

FINDER.

57) **De Rosa. Die adenoiden Vegetationen im Hinblick auf den Militärdienst.** *Giornal. Medic. del regio esercito. Februar 1900.*

Verf. räth den Militärärzten, in Fällen chronischen Nasen- und Rachenkatarrhs, sowie bei leicht eintretender Athemlosigkeit während des Dienstes an die Möglichkeit zu denken, dass die Beschwerden auf das Bestehen adenoider Vegetationen zurückgeführt werden können.

FINDER.

58) **T. Bobone** (San Remo). **Die frühzeitige Involution des adenoiden Gewebes an der Riviera. (L'involuzione precoce del tessuto adenoide sulla Riviera.)** *Bolletino delle Malattie dell'orecchio, della jole e del naso. März 1900.*

Verf. hat bisweilen beobachten können, dass bei Kindern, die mit adenoiden Vegetationen an die Riviera di Ponente gebracht wurden, ein verhältnissmässig schnelles Zurückgehen und sogar völliges Verschwinden der Wucherungen eintrat, ohne dass nachher irgendwelche Veränderungen an der Schleimhaut des Nasenrachenraumes zu constatiren waren. Ausgehend von der Thatsache, dass adenoide Wucherungen an der Riviera bei den Einheimischen ungemein selten sind, erklärt Verf. das Zustandekommen der von ihm beobachteten Erscheinung durch die Einwirkung des Klimas, als dessen charakteristische Eigenthümlichkeiten er bezeichnet: Trockenheit, Wärme und Klarheit der Atmosphäre. Besonders dem ersten Factor ist er geneigt, grosse Bedeutung beizumessen, da nach ihm die Häufigkeit der Adenoiden proportional ist der Feuchtigkeit der Luft.

FINDER.

59) **Arslan. Beziehung zwischen adenoiden Vegetationen und Augenaffectionen. (Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari.)** *Arch. Ital. d'Otologia. April 1900.*

Dass eine sog. ätiologische Beziehung zwischen den scrophulösen Augenaffectionen und adenoiden Vegetationen besteht, folgert Verf. daraus, dass bei mehreren unter den 16 gleichzeitig beide Zustände aufweisenden Patienten, die er beobachtete, die Augenerkrankung mit der Entfernung der adenoiden Wucherungen verschwand. Das Zustandekommen dieser Beziehung erklärt Verf. auf mechanische Weise: Infolge des durch die Verlegung des Nasenrachenraums behinderten Abflusses der Thränenflüssigkeit tritt Congestion und Katarrh der bei scrophulösen Individuen einen Locus minoris resistentiae bildenden Augenschleimhaut ein.

FINDER.

60) **Robert M. Lapsley. Nasale Verstopfung durch Adenoide. (Nasal obstruction due to adenoids.)** *The Medical Herald. Februar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

61) **R. W. Payne. Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum als ursächlicher Factor bei Ohrenkrankheiten. (Nasopharyngeal adenoids a factor in ear diseases.)** *Pacific Medical Journal. März 1900.*

Die Adenoiden sind nicht immer in gleicher Weise vertheilt; bisweilen liegen sie so, dass sie auf die Tubenmündung drücken, die Nasenathmung aber frei lassen. Selbst wo sie in kleinen Mengen vorhanden sind, können sie irritirend wirken.

EMIL MAYER.

62) **A. Cobbledick. Einige Punkte von Interesse aus der Lehre von den adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Some points of interest in the study of postnasal adenoids.)** *Clinical Journal. 16. Mai 1900.*

Die Bemerkungen knüpfen an 1668 Fälle an, die im Golden Square Hospital zur Beobachtung kamen. 32 pCt. der Fälle waren unter 6 Jahren, 54 pCt. zwischen 6 und 16 und 14 pCt. über 16 Jahre. Verf. bespricht die Symptome und Begleiterscheinungen der Adenoiden. Er erwähnt die oft vorkommende hypertrophische

Rhinitis, den hohen, spitzbogigen Gaumen, die Schwellung der Halsdrüsen, Ohrenaffectionen, trockenen Husten. Bei der Operation von Kindern wird Chloroform gegeben, bei Erwachsenen Stickoxyd. Letztere werden im Sitzen operirt, erstere zurückgelehnt; die Lagerung mit hängendem Kopf ist nicht nöthig. Auch eine Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Bisweilen kommt Otitis media nach der Operation vor, bei Kindern gelegentlich auch Bronchopneumonie.

ADOLPH BRONNER.

63) **Brindel** (Bordeaux). **Folgewirkungen der Operation bei adenoiden Vegetationen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 3—6. 1900.*

Die Arbeit ist in der Rev. hebd. de Laryng. etc. 1899, p. 38 als Originalarbeit erschienen.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

64) **B. Fränkel. Bemerkungen über den üblen Geruch aus dem Munde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 177. 1900.*

Um festzustellen, ob der Geruch der Nase oder dem Munde entstammt, hält F. dem Patienten ein derbes Papier gegen die Oberlippe unter die Nase, lässt ihn den Mund schliessen und durch die Nase, dann nur durch das rechte oder linke Nasenloch hauchen. Darauf hält er dem Patienten die Nase zu und lässt ihn durch den Mund hauchen. „Es ist dies für den Untersucher kein angenehmes und appetitliches Geschäft — aber wat möt, dat möt.“ Hat man festgestellt, dass der üble Geruch aus dem Munde kommt, so ist weiter zu eruiren, ob ein bestimmter Theil des Mundes oder des Pharynx für denselben verantwortlich ist. Zu diesem Zwecke betupft F. vermittelst eines Tamponträgers mit einem feinen Wattebausch die verdächtigen Stellen und riecht daran.

Nicht selten sind cariöse Zähne die Ursache des Fötors. Der zahnärztlichen Kunst gelingt es dann leicht, den Geruch zu beseitigen.

In anderen, ebenfalls nicht seltenen Fällen sind es die verschiedenen Tonsillen, welche den Fötor verbreiten, Retentionen in den Fossulae derselben oder auch kleine käsige Abscesse im Mandelgewebe bilden seine Quelle. F. empfiehlt Spaltung des letzteren, Erweiterung der Mündungen der Fossulae, Bepinselung mit Lugol'scher Lösung oder Amputation der Mandeln als die Mittel, durch die es dann häufig gelingt, den üblen Geruch zu beseitigen. Besonders macht F. auf die sogen. Plica tonsillaris und den Recessus tonsillaris aufmerksam, welche oft in stinkender Zersetzung begriffene eingedickte Secrete bergen. Durch Spaltung der Plica mit der Scheere unter Cocainästhesie wird in solchen Fällen Erfolg erzielt.

Gelingt es auf diese Weise, die Quelle des Geruches zu bestimmen, so ist die Therapie leicht und meist erfolgreich. Gelingt dies nicht, so ist anzunehmen, dass die Secrete der ganzen Schleimhaut in stinkender Zersetzung begriffen sind oder aber der üble Geruch aus den tieferen Respirationswegen oder dem Oesophagus stammt. Die Chancen für die Therapie liegen dann weniger

günstig; man muss sich damit begnügen, Mund und Schlund häufig mit bactericiden und gleichzeitig desodorisirenden Lösungen ausspülen zu lassen.

F. KLEMPERER.

65) **C. Travis Drennen. Sorge für Mund und Zähne bei Syphilitikern. (Care of the mouth and teeth in the syphilitic.)** *Memphis Medical Monthly. März 1900.*

D. empfiehlt, das aufgelockerte Zahnfleisch mit einem alkoholgetränkten Wattebausch abzureiben; ausserdem Wasserstoffsuperoxyd als Mundspülwasser.

EMIL MAYER.

66) **Redact. Notiz. Koplik's Zeichen bei Masern. (Koplik's sign in measles.)** *Maryland Medical Journal. Februar 1900.*

Koplik machte 1896 auf einen Ausschlag auf der Mundschleimhaut aufwerksam, der in der Mehrzahl der Masernfälle dem Hautexanthem eine erhebliche Zeit vorausgeht und der für Masern charakteristisch sein soll. Eine ähnliche Beobachtung hat Flindt bereits 10 Jahre früher gemacht, doch gelang es ihm nicht, derselben allgemeine Anerkennung zu verschaffen.

EMIL MAYER.

67) **E. K. Loveland. Ein Fall von Tetanus, in dem der Mund die wahrscheinliche Infectionsquelle darstellt. (A case of tetanus in which the mouth was the probable source of infection.)** *N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

Das Kind starb am 4. Tage. Kurz vor dem Tode konnte ihm Verf., als der Kieferkrampf etwas nachliess, in den Hals sehen. Er fand eine grosse Verletzung am Gaumen, das Gewebe der Mandeln, Uvula und des Zungenrückens war geschwollen und verändert. L. sieht in dieser Läsion den Sitz der Infection. Er glaubt, dass das Kind, das mit rostigen Nägeln und Werkzeugen gespielt hat, dabei am Gaumen sich eine Kratzwunde zugezogen hat.

LEFFERTS.

68) **Thambusti. Stomatitis diphtheroides. (Stomatite difteroide.)** *Academia Medico-Chirurgica di Palermo. 29. April 1900.*

Bei einem dreijährigen Kinde zeigte sich unter heftigem Fieber und Anschwellen der regionären Lymphdrüsen ein fibrinöser Belag des Zahnfleisches und am grössten Theil des harten Gaumens; Gaumenbögen und Mandeln waren frei von Belag, jedoch stark geröthet.

Die bacteriologische Untersuchung der Pseudomembranen ergab die fast ausschliessliche Anwesenheit einer Pilzart, Oospora Doriae, einer Species angehörend, der man bisher pathogene Eigenschaften nicht zugeschrieben hatte.

G. FINDER.

69) **Colombini. Ein Fall von gonorrhoischer Stomatitis. (Un caso di stomatite gonococcica.)** *Società medico-fisica universitaria di Sassari. 23. März 1900.*

Die bei einer erwachsenen weiblichen Person beobachtete Erkrankung begann mit Gefühl von Trockenheit und Hitze im Munde, es folgte vermehrte Speichelsecretion, intensiver Schmerz und starker Fötor ex ore. Nach einigen Tagen wurde das Kauen unmöglich. Die Untersuchung ergab ganz diffuse Röthung der Mundschleimhaut, erhebliche Schwellung der Zunge und die Anwesenheit rund-

licher, weissgrauer, verschieden grosser Flecke auf der Schleimhaut der Wange, dem Zahnfleisch und der Zunge. Die Untersuchung des entnommenen Materials ergab, dass es sich um eine durch den Gonococcus Neisser hervorgerufene Affection handelte.

G. FINDER.

70) **W. C. Cohall. Gangränöse Stomatitis mit Streptococcenserum behandelt. (Gangrenous stomatitis treated with anti-streptococcus serum.)** *Philadelphia Medical Journal. 17. Februar 1900.*

Im Anschluss an Typhus trat eine sehr ausgedehnte Gangrän des Mundes auf. Trotz radicaler Operation kam es zu einem Recidiv. Da weitere Operationen thatsächlich unmöglich waren, wurden 10 ccm Antistreptococcenserum injicirt. Der Erfolg war ein unmittelbarer. Nach einer zweiten Injection kam es rasch zu vollständiger Heilung.

EMIL MAYER.

71) **Janovsky** (Prag). **Ueber das Verhältniss der Leukoplakia oris zur Syphilis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 48—51. 1899.*

Nach Vorführung der diesbezüglichen Literatur giebt J. seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass es nächst der Leukoplakie, welche in einem entfernteren oder genetischen Verhältniss zur Syphilis steht, auch eine Leukoplakie giebt, die sich bei Diabetes, Dyspepsien und Gastrointestinalkrankheiten überhaupt, dann manchmal auch durch directe Reizung der Zunge oder Wangenschleimhaut (Tabak und Alkohol) entwickelt. — Bezüglich der Therapie bewährte sich als Mundwasser u. A. recht gut eine 1proc. Salollösung mit etwas spirituösem Zusatz, ferner Bepinselungen mit Perubalsam. — In stärkeren Graden eignet sich die Anwendung von Resorcinpasta. Bei syphilitischen Leukoplakien sind zweckmässig Bepinselungen mit einer Sublimatlösung (1 : 40) vorzunehmen.

CHIARI.

72) **Kreibich** (Wien). **Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. L. Bd. p. 375.*

Von Pemphigus der Schleimhaut untersuchte K. zwei Stellen vom Zungenrand, deren Grund lebhaft roth und epithellos war, deren Rand keinen abgehobenen Epithelsaum mehr zeigte und über welchen kein nennenswerther Belag sich fand — ferner zwei scheinbar mit dünnem Epithel überzogene Plaques der Epiglottis. Wahrscheinlich wird in der Regel das Epithel bis zu den Basalzellen abgehoben und letztere verlieren ihre Kernfärbbarkeit.

CHIARI.

73) **Wälsch** (Prag). **Ueber einen Bacterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. L. Bd. p. 71.*

Die Affection begann im Pharynx und Mund und breitete sich allmählich über einen grossen Theil der äusseren Hautdecke aus. — Die genauen bacteriologischen Untersuchungen führen W. zu dem Schlusse, dass die bisher zur Trennung der Löffler'schen Bacillen von jenen der Hoffmann-Wellenhof'schen Gruppe herangezogenen differentialdiagnostischen Charaktere nicht ausreichen, um eine stricte Trennung zu rechtfertigen, da ein nach Grösse und Wachsthumform

zur letzteren Gruppe gehöriger Mikroorganismus gerade die für die Diagnose „Löffler's Bacillus" als beweisend angesehenen Merkmale aufweisen kann.

CHIARI.

74) **J. Walkowski. Zur Frage der Uebertragung der Maul- und Klauenseuche von Thieren auf Menschen. (W sprawie udzielania sia sarazy pyskoworacienej bydte ludziom.)** *Przeglad lekarski. No. 26. 1900.*

Während einer ziemlich ausgedehnten Epidemie von Maul- und Klauenseuche, welche unter dem Rindvieh des Kreises Koreszowice (Galizien) herrschte, beobachtete Verf. auch eine kleine Epidemie von Stomatitis aphthosa bei ca. 20 Menschen (besonders bei Kindern), welche er in Zusammenhang mit der Maul- und Klauenseuche bringt. In sämmtlichen Fällen war der Verlauf ziemlich typisch: initialer Frost, mässiges Fieber (3 bis 4 Tage) und ziemlich reichliche Pustelbildung auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens, Schwellung des Zahnfleisches, Foetor ex ore, Appetitlosigkeit. Die Pusteln trockneten nach 3—4 Tagen aus, das Fieber hörte auf und sämmtliche Kranken genasen bald.

Bacteriologische Untersuchungen wurden nicht vorgenommen.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **Redact. Notiz. Gegen hartnäckige Aphthen. (Intractable aphthae.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 10. Februar 1900.*

Acid. salicyl. 1,8
Alcohol 7,8
Glycerin. q. s. ad 30,0.

EMIL MAYER.

76) **Perthes** (Leipzig). **Ueber Noma und ihren Erreger.** *Archiv f. klin. Chir. 59. Bd. 1899.*

Die Noma ist eine Mycose, die zu Stande kommt auf dem Boden einer besonderen durch Infectionskrankheiten, Masern, Typhus, schlechte Ernährungsverhältnisse und kindliches Alter geschaffenen Prädisposition. Sie wird hervorgerufen durch einen Keim, der in seiner botanischen Stellung etwa die Mitte hält zwischen den Bacillen und den höher organisirten Fadenpilzen. Dieser Mikroorganismus bildet in dem erkrankenden Gewebe Fäden von oft beträchtlicher Länge und Mächtigkeit. Aus diesen entstehen feinere Fadenbildungen, welche durch Aneinanderlegung und Verflechtung ein Mycel entstehen lassen, das an der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiet eine solche Dichtigkeit hat, dass man fast sagen kann: das Gewebe werde ersetzt durch ein Fasergestrüpp. Die feinsten Endausläufer haben Spirillenform. Sie dringen in das noch lebende Gewebe vor, umspinnen die Zellen und verursachen den Tod.

SEIFERT.

77) **Hanszel. Ueber Speichelsteinbildung.** Aus dem poliklinischen Ambulatorium für Nasen- und Halskrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1900.*

H. sah in letzter Zeit drei Fälle von Sialolithiasis, von welchen im ersten Falle das Concrement aus der Submaxillardrüse durch den Speichelstrom erst später in den Ductus Whartonianus gelangte, während in den beiden anderen Fällen die Concrementbildung jedenfalls im Ductus selbst erfolgte. — Nach Be-

sprechung der bezüglich der Steinbildung in Frage kommenden, ätiologischen Momente im Allgemeinen nennt H. in einem seiner Fälle Bacterien, im anderen chronische Entzündung der Drüsensubstanz mit consesutiver Secretstauung und Eindickung des Secretes und endlich einen lange Zeit dauernden Insult der Sublingualgegend durch das Mundstück einer Tabackspfeife als Ursachen der Concrementbildung in den 3 beschriebenen Fällen. CHIARI.

78) **G. Frank Lydston. Eine neue Operation wegen Speichelfistel. (A new operation for salivary fistula.)** *International Journal of Surgery. Februar 1900.*

Verf. beschreibt die einfache und directe Operation, die er bei der Parotisfistel anwendet. EMIL MAYER.

79) **Nobl. Exfoliationsprocess der Zungenoberfläche.** Wiener dermatol. Gesellschaft, Sitzung vom 21. Februar 1900. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 12. 1900.*

Es handelte sich um die unter verschiedenen Namen beschriebene Glossitis superficialis exfoliativa, die oft allen Behandlungsmethoden trotzt und auch in ätiologischer Beziehung noch nicht klargestellt ist. Symptomatisch setzen Touchirungen mit concentrirter Lapislösung die Schmerzhaftigkeit sehr herab.

CHIARI.

80) **Henry Böhm. Die Lingua geographica bei Kindern. (The geographical tongue in childhood.)** *N. Y. Med. Record. 30. December 1899.*

Der Vergleich gewisser Erkrankungen der Zunge mit der Form einer Landkarte ist nach B. zuerst von Santluss gemacht worden. Möller's Glossitis superficialis ist mit der geographischen Zunge nicht identisch, da diese schmerzlos, die von Möller beschriebene chronische Excoriation aber hervorragend schmerzhaft ist.

B. hält das Leiden bei Kindern keineswegs für ungewöhnlich. Die Mehrzahl der Fälle betrifft Kinder unter 2 Jahren. Meist tritt es bald nach der Geburt auf, in einem Theil der Fälle im 1. Lebensjahre, selten später. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich über Jahre, ein zeitweises Verschwinden für kürzere oder längere Frist ist nichts Ungewöhnliches. Die anatomische Basis der Erkrankung ist noch nicht aufgeklärt. In $^2/_3$ seiner Fälle constatirte B. Beziehungen zu Tuberculose und Scrophulose. Indess ist der innere Zusammenhang beider Affectionen, wenn auch wahrscheinlich, doch noch nicht erwiesen. LEFFERTS.

81) **C. Chauveau. Verschiedene Formen von Glossodynie. (Des variétés de glossodynie.)** *Arch. general. de méd. Januar 1900. N. Y. Medical Record. 27. Januar 1900.*

Unter dem Namen der Glossodynie hat man sehr verschiedenartige Affectionen zusammengefasst. Unter Berücksichtigung ihrer Aetiologie und Entwickelung lassen sich dieselben folgermaassen eintheilen:

1. secundäre Glossodynien bei Trigeminusneuralgie,
2. die Glossodynien der Irren, Paralytiker etc.,

3. die der Tabiker,
4. die der Hysterischen,
5. rheumatische Glossodynie, schliesslich
6. die Glossodynien aus localen äusseren Ursachen, wie Zahnerkrankungen, schlecht sitzendes Gebiss, oder localen inneren Ursachen, d. h. Erkrankungen der Zunge selbst (Glossitis, Varicen etc.).

Der Verf. würdigt die früheren Arbeiten auf diesem Gebiete, speciell die von Verneuil, Viennois, Butlin etc. Die häufigste locale Ursache der Glossodynie ist nach ihm die papilläre Hypertrophie der Regio foliacea. Ch. bespricht die Zeichen dieser Affection eingehend und empfiehlt galvanische Cauterisation.

A. CARTAZ.

82) **F. Pluder. Zwei Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. p. 265. 1900.*

Der erste Patient schlägt seine Zunge nach oben um und benutzt sie zur Reinigung und Abtastung des gesammten Nasenrachenraums; der andere, der an Oesophagismus leidet, führt sie tief in den Rachen, um Bissen, die ihm im Anfangstheil des Oesophagus stecken geblieben sind, wieder heraufzubringen. Eine schädliche Bedeutung hat diese abnorme Zungenbeweglichkeit — Zungenakrobatik, wie P. sagt — bei beiden Patienten nicht gehabt.

F. KLEMPERER.

83) **D. Tanturri** (Neapel). **Tuberculose der Zunge. (Sulla tuberculosi della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringol. Neapel. Januar 1900.*

Innerhalb 10 Jahren unter 10744 Patienten der Massei'schen Klinik wurden nur 2 Fälle von Tuberculose der Zunge beobachtet. Verf. bespricht diese seltene Krankheit sehr eingehend. Er ist mit Massei der Ansicht, dass man stets von Tuberculose, statt von Lupus reden müsse.

JAMES DONELAN.

84) **J. Heller** (Charlottenburg). **Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille.** *Berliner klin. Wochenschr. 9. 1900.*

Vortrag in der Berliner laryngol. Gesellschaft am 19. Juli 1899. Vergl. den betr. Sitzungsbericht in diesem Blatte.

ZARNIKO.

85) **J. Grant Andrews. Papillom der Zunge. (Papilloma of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem manches auf carcinomatöse Degeneration des Papilloms hindeutete. Nach der Exstirpation trat ein Recidiv in den submaxillaren Lymphdrüsen auf.

LEFFERTS

86) **L. A. Parry. Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophy of the tongue.)** *Lancet. 24. Februar 1900.*

Ein 50jähriger Mann mit ausgesprochener Atrophie einer Zungenseite. Derselbe hat vor einigen Jahren eine Fractur der Schädelbasis erlitten. Die Atrophie ist auf Verletzung des N. hypoglossus in der Fossa condyloidea anterior zurückzuführen.

ADOLPH BRONNER.

87) **Llewellyn Eliot. Ein Fall von Epitheliom der Zunge. (Case of epithelioma of the tongue.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 12. Januar 1900.*

Exstirpation des Tumors. Kein Recidiv nach 8 Jahren. EMIL MAYER

88) **Wm. B. Coley. Epitheliom des Mundes und der Zunge. (Epithelioma of the mouth and tongue.)** *Annals of Surgery. Februar 1900.*

Nach der ersten Operation erfolgte ein Recidiv. Die zweite Operation war sehr ausgedehnt; entfernt wurden der Mundboden und der grössere Theil der Zunge. Seither sind 6 Monate vergangen und Pat. ist recidivfrei. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

89) **Hibbert W. Hill. Verästelte Diphtheriebacillen. (Branching diphtheria bacilli.)** *Journal Boston Society Medical Sciences. Januar 1900.*

Der Strahlenpilz der Actinomycose ist nach manchen anderen Versuchen als eine besondere astbildende Form, als Streptothrix classificirt worden. Nun kennt man seit Jahren die Thatsache, dass der Diphtheriebacillus gelegentlich Verzweigungen zeigt. Es scheint, als ob man den Diphtheriebacillus kurz über lang aus der Classe Bacillus herausnehmen und in die Classe Streptothrix als eine Degenerationsform dieser einreihen wird. EMIL MAYER.

90) **W. Ewart. Ausgedehntes mediastinales Emphysem in einem tödtlichen Falle von Kehlkopfdiphtherie, mit Bemerkungen über das frühe und das späte Emphysem nach Tracheotomie. (Extensive mediastinal emphysema in a fatal case of laryngeal diphtheria, with remarks on the early and late variety of emphysema observed in the case after tracheotomy.)** *Lancet. 30. December 1899.*

5jähriges Kind mit Diphtherie wurde tracheotomirt und erhielt 4000 J.-E. injicirt. Am nächsten Tage war ein geringes Emphysem am Halse zu constatiren, es traten Athemnothanfälle ein, und das Kind starb am 3. Tage. Die Section ergab grosse Membranen in Trachea und Bronchien, subcutanes Emphysem im Gesicht und am Halse und im lockeren Gewebe des vorderen und hinteren Mediastinalraumes. ADOLPH BRONNER.

91) **Redact. Notiz. Cyanose bei Croup. (Cyanosis in croup.)** *Pediatrics. 1. December 1899. Medical Dial. Januar 1899.*

Zu Viele sind der Ansicht, dass die Cyanose die cardinale Indication für den operativen Eingriff bei Croup ist. Sie scheinen zu vergessen, dass die Erschöpfung der Halsmuskeln, die für die Athmung durch die verengte Glottis in angestrengte Thätigkeit treten müssen, an sich ein bedrohliches Moment für den Patienten ist, dessen Herz auch durch die Toxine bereits geschwächt ist. Die Einziehung der Supraclaviculargegend, der Intercostalräume und der Regio substernalis ist eine sehr wichtige Indication zur sofortigen Intubation. EMIL MAYER.

92) J. Biernacki. **Die wesentlich toxischen Symptome der Diphtherie. (The essential toxic symptoms of diphtheria.)** *British Medical Journal. 30. December 1899.*

B. macht auf die Aehnlichkeit des Symptomenbildes in Fällen von schwerer Diphtherie und in Fällen von tödtlich endigendem, mit Blutungen complicirtem Typhus aufmerksam. In beiden Fällen lassen sich die Symptome durch die Herabsetzung des Blutdrucks erklären. Er bestimmte den Blutdruck in 6 letalen Fällen von Diphtherie und fand ihn stets stark erniedrigt. ADOLPH BRONNER.

93) R. C. Burton. **Croup und Diphtherie. (Croup and diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Januar 1900.*

Verf. fragt: Halten die Bakteriologen den membranösen Croup und die Diphtherie für identisch? Wenn ja, weshalb führen die Listen des New-Yorker Gesundheitsamtes beide getrennt? LEFFERTS.

94) Joubert. **Albuminurie bei Diphtheritis. (Albuminuria in diphtheria.)** *Med. Age. 10. Januar 1900.*

Albuminurie contraindicirt den Gebrauch von Diphtherieserum nicht, im Gegentheil scheint das Serum günstig auf dieselbe einzuwirken. EMIL MAYER.

95) Thornton. **Gegen Sepsis bei Diphtheritis. (For sepsis in diphtheria.)** *Philadelphia Med. Journal. 13. Januar 1900.*

Tct. ferri chlor. 4,0
Chinin muriat. 1,5
Glycerin 8,0
Aquae ad 90,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 4stündl. z. nehm. (für ein Kind von 4 Jahren). EMIL MAYER.

96) Wilbur C. Wright. **Behandlung der Diphtherie mit Terpentinöl. (Treatment of diphtheria with oil of terpentine.)** *The Post-Graduate. Januar 1900.*

Verf. giebt 10—16jährigen Kindern 2stündl. 1 Theelöffel unverdünntes Terpentinöl, im Ganzen 4—6 Dosen. Nach 48 Std. wird diese Cur event. noch einmal durchgemacht. Das letztere war nur bei 5 von 37 Fällen erforderlich. Nierencomplicationen traten in keinem Falle ein. EMIL MAYER.

97) A. J. Turner. **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. December 1899.*

Vortrag, gehalten auf dem Intercolonial Medical Cogress zu Brisbone. T. plädirt für die frühe Anwendung ausreichender Serumdosen. Er giebt ein paar statistische Tabellen. ADOLPH BRONNER.

98) Redact. Notiz. **Ueber den Werth des Diphtherieheilserums. (On the value of diphtheria antitoxine.)** *Medical Council. Januar 1900.*

Ob der Heilwerth einer Frühdosis des Serums etwas grösser oder geringer ist, jeder diphtheritische Patient hat geradezu ein Recht auf dieselbe. EMIL MAYER.

99) **E. G. Wood. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *The Southern Practitioner. Januar 1900.*

Verf. giebt eine gründliche Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Diphtherietherapie. EMIL MAYER.

100) **Gagnon. Intravenöse Injection von Diphtherioserum. (Intravenous injection of diphthoria antitoxin.)** *St. Louis Courier of Med. December 1899.*

G. empfiehlt die Methode der intravenösen Einverleibung für besonders schwere Fälle. Er erzielte damit in 3 Fällen von schwerer Larynxaffection vortreffliche Resultate. EMIL MAYER.

101) **G. Wellington Archibald. Serumtherapie. (Antitoxin.)** *Northwestern Lancet. 1. Januar 1900.*

Krankengeschichte eines malignen Falles von Diphtherie, der durch Serum geheilt wurde. EMIL MAYER.

102) **W. S. Plotner. Einige Gründe für die Gegnerschaft gegen das Serum und die Widerlegung der gegen dessen Gebrauch gemachten Einwände. (Some reasons why antitoxin is condemned and how the objections to its use may be overcome.)** *Pennsylvania Med. Journal. Januar 1900.*

P. ist ein enthusiastischer Anhänger des Serums; wo es versagt, da liegt dies nur an der unrichtigen und unwissenschaftlichen Weise, in der es Manche anwenden. EMIL MAYER.

103) **Adolph Rupp. Serumerfolge und Definitionen von Diphtherie. (Antitoxine results and diphtheria definitions.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Januar 1900. N. Y. Med. News. 3. Februar 1900.*

Ein sehr interessanter Artikel, der sich im gedrängten Referat schwer wiedergeben lässt. Rupp glaubt, dass das ganze Problem der Diphtheritis noch keineswegs gelöst ist, und drückt Zweifel an der Heilkraft des Serums aus.

LEFFERTS.

104) **A. Jefferis Turner. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

Die ganze Behandlung besteht in einer zeitigen und ausreichend grossen Dosis von Serum. LEFFERTS.

105) **C. C. Cronkhite. Serum bei scheinbar sterbenden Patienten. (Antitoxin for the apparent moribund.)** *The Medical World. Januar 1900.*

Verf. gab 3 Diphtheriekranken, bei denen der Exitus unmittelbar bevorzustehen schien, Serum und sie erholten sich. EMIL MAYER.

106) **Kostanecki. Zur Serumtherapie der Diphtherie. (W obronie stosowania surowicy przeciwbtoniczej na wszelki przypadek.)** *Nowiny lekarskie. No. 1. 1900.*

Eine polemische Schrift, in welcher Verf. seine kritischen Ausführungen in folgenden Sätzen resumirt:

1. Das antidiphtheritische Serum ist ein unschädliches Mittel und soll überall applicirt werden. Man gebe es in möglichst grossen Dosen (1000—1500 Immunisirungseinheiten) und möglichst frühen Stadien des diphtherischen Processes, sogar in solchen Fällen, in denen die Diphtherie noch nicht bacteriologisch genau constatirt ist. Auch bei Mischformen soll das Mittel angewendet werden.

2. Die bacteriologische Untersuchueg soll in jedem Falle vorgenommen werden (aus statistischen und sanitätspolizeilichen Gründen).

3. Die Serumtherapie ist auch als prophylaktische Massregel bei Diphtherieepidemien rathsam.

A. v. SOKOLOWSKI.

107) **Massei. Zu Ehren O'Dwyer's. (In onore di O'Dwyer.)** *Annali Laringologia ed Otologia. Januar 1900.*

Vorliegender Aufsatz, der die erste Nummer einer von Masini (Genua) neubegründeten Fachzeitschrift einleitet, enthält eine auf kritischen Erwägungen und reichen persönlichen Erfahrungen beruhende Würdigung der Larynxintubation, besonders beim Croup der Kinder. Die Methode, die erst in Verbindung mit der Serumtherapie zur Entfaltung ihrer ganzen Wirksamkeit gelangt ist, hat in Massei, der ihr 25 pCt. Heilungen verdankt, einen ihrer begeistertsten Lobredner; er urtheilt, dass, wo die Intubation nichts mehr nützt, auch die Tracheotomie versagt und dass erstere, wenn sie bei Zeiten ausgeführt wird, fast stets allein zum Ziele führt.

G. FINDER.

108) **Wm. E. Lower. Frühe Intubation bei Kehlkopfdiphtherie. (Early intubatton in laryngeal diphtheria.)** *Cleveland Med. Gazette. Januar 1900.*

Man soll mit der Intubation nicht warten, bis Cyanose eintritt; sie ist gerade im Beginne der Larynxverstopfung indicirt.

EMIL MAYER.

109) **S. L. Kilmer. Chirurgische Behandlung des diphtheritischen und membranösen Croups. (Surgical treatment of diphtheritic and membranous croup.)** *Internat. Journal of Surgery. Januar 1900.*

Der Haupteinwand gegen die Intubation liegt nach K. in der Schwierigkeit der Entfernung der Tube. Um dieser zu begegnen, lässt er den Seidenfaden am Ende der Tube befestigt und schlingt ihn um das Ohr des Kindes, dem verboten wird, ihn zu durchbeissen oder mit den Fingern zu berühren (!). Im Allgemeinen zieht Verf. die Tracheotomie vor und in bedrohlichen Fällen benutzt er einen Trocart mit einer Canüle, den er in die Trachea einstösst, zur schnellen Erleichterung der Dyspnoe.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

110) **Fritsch. Acute Laryngitis. (Acute laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

Natrii sozojodol,
Sulfur. sublim. āā 15,0
M. D. S. 4stündl. mit dem Pulverbläser einzublasen.

LEFFERTS.

111) **H. L. Swain. Primäres Oedem des Kehlkopfs. (Primary oedema of the larynx.)** *Yale Medical Journal. März 1900.*

Der Zustand war durch eine einfache Laryngitis herbeigeführt. Auf eine unter Cocain und Suprarenalextract vorgenommene Punction erfolgte prompte Besserung. EMIL MAYER.

112) **L. Przedborski. Epiglottitis suppurativa circumscripta post-morbillosa. (Ropien nagłosni w nastapstwio odry.)** *Gazeta lekarska. No. 8. 1900.*

16jähriger Jüngling, klagt 14 Tage, nachdem er Masern durchgemacht hatte, über Trockenheit im Halse, Schlingbeschwerden und einen trockenen, quälenden Husten. 10 Tage darauf untersuchte Verf. den Kranken und fand den linken Theil des Kehlkopfes schmerzhaft beim Berühren. Bei der Kehlkopfuntersuchung stellte sich der linke Theil der Epiglottis als eine glatte und pralle Geschwulst von Haselnussgrösse dar. Nach hinten reichte dieselbe bis zur Basis der Zunge und vorn bis zum freien Rande der Epiglottis. Bei der Sondirung zeigte die Schwellung eine weiche Consistenz.

Die Geschwulst wurde incidirt, wobei sich eine eitrige Masse entleerte. Einige Tage darauf genas der Kranke. A. v. SOKOLOWSKI.

113) **F. Barberá** (Valencia). **Die vordere Angina epiglottica. (La angina epiglottica anterior.)** *Revist. Valencian de Cienc. Médic. No. 14. 1900.*

In dem mitgetheilten Falle erschien die Epiglottis hart und verdickt, von der Grösse einer dicken Kirsche, und in ihren Bewegungen langsam. Die hintere Pharynxwand, sowie die Gaumentonsillen waren ebenfalls infiltrirt. R. BOTEY.

114) **Hermann B. Sheffield. Ein Fall von membranösem, nicht-diphtheritischem Croup mit recidivirender Kehlkopfstenose. (A case of membranous non-diphtheritic croup with recurring laryngeal stenosis.)** *Philadelphia Medical Journal. 31. März 1900.*

Stücke von Membranen wurden während der Intubation ausgehustet. Der Verf. scheint nur festgestellt zu haben, dass Diphtheriebacillen nicht vorhanden waren; von einer weiteren bacteriologischen Untersuchung zur Aufklärung über die wahre Natur der Erkrankung berichtet er nichts. 4mal wurde die Tube entfernt; stets musste sie schnell wieder eingesetzt werden. Schliesslich wurde sie ausgehustet. Obgleich noch eine Bronchopneumonie hinzutrat, kam das $2^1/_2$jähr. Kind durch. EMIL MAYER.

115) **Schroetter. Gegen chronische Laryngitis. (Chronic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1900.*

Alum. crud.,
Sacch. alb. ãã 5,0
Morphin. muriat. 0,5
M. D. S. Zum Einblasen in den Larynx. LEFFERTS.

116) **F. Barberá** (Valencia). **Die Intubation und die Tracheotomie. Grippale laryngitis acuta hypoglottica bei einem 13monatlichen Kinde. Spasmus la-**

ryngis mit drohender Asphyxie. Dreimalige Intubation und Belassen der Röhre während 21 Tage. Heilung. Betrachtungen. (La intubacion y la traqueotomia. Laringitis aguda hipoglotica gripal en un ninno de 13 meses. Espasmos laringeos con asfixia imminente. Intubacion triplicada y permanencia del tubo durante 21 dias. Curacion. Reflexiones.) *Revist. Valencian de Cienc. Medic. No. 15. 1900.*

Ausführliche Berichterstattung eines Falles von acuter Laryngitis bei einem 13monatlichen Kinde mit drohender Asphyxie, bei der die Intubation günstiges Resultat ergab. Nähere Betrachtung, betreffend die Arbeiten von Barbeley und Berend über Intubation.

R. BOTEY.

117) **C. Compaired** (Madrid). **Manifestationen von Seiten des Kehlkopfes nach dem Typhus. (Manifestacienes laringeas post-tificas.)** *El Siglo Médico. No. 15. April 1900.*

Unter genannten Kehlkopfmanifestationen hat Verf. Fälle von Lähmung der Erweiterer und Verengerer der Stimmritze beobachtet, auch solche des linken Recurrens. Die Electrobehandlung hat ihm in genannten Fällen günstige Resultate gegeben.

R. BOTEY.

118) **R. W. Marsden. Typhoide Affectionen des Larynx. (Typhoid affections of the larynx.)** *Manchester Medical Chronicle. Januar 1900. N. Y. Medical Record. 3. Februar 1900. N. Y. Medical News. 10. Februar 1900.*

Laryngeale Complicationen bei Typhus sind selten; sie lassen sich eintheilen in: 1. ödematöse Laryngitis; 2. ulcerative Laryngitis und 3. laryngeale Perichondritis. M. berichtet über 4 Fälle, von denen bei 3 die Tracheotomie erforderlich wurde.

Fall 1. 13jähriges Mädchen. In der 8. Krankheitswoche stieg die Temperatur wieder an, während gleichzeitig Husten, laryngealer Stridor, Dyspnoe und Cyanose eintraten. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab eine runde entzündliche Geschwulst an der rechten Seite, in ihrer Mitte gelb verfärbt, die das rechte Stimmband verdeckte. Es wurde die Tracheotomie gemacht; später wurde die Dilatation vorgenommen und bei Einführung der Tube war der Schluss der Tracheotomiewunde möglich. Das rechte Stimmband blieb fixirt und oberhalb beider Stimmbänder blieben Verdickungen zurück.

Fall 2. 19jähriger Jüngling, wurde in der 7. Krankheitswoche total aphonisch. In der 19. Woche musste wegen inspiratorischen Stridors und Cyanose die Tracheotomie gemacht werden. Der Larynx, der 2 Wochen nach diesem Eingriff untersucht werden konnte, zeigte an den Aryknorpeln, den Plicae aryepiglotticae und den falschen Stimmbändern Schwellungen, während das rechte Stimmband fixirt war. Am Ende der 15. Woche waren die Schwellungen fast ganz verschwunden, das rechte Stimmband aber blieb fixirt und die Canüle musste dauernd getragen werden.

Fall 3. 35jähriger Mann, wurde am Ende der 4. Krankheitswoche heiser und dyspnoisch. Der Larynx zeigte in der 6. Woche entzündliches Oedem der

Aryknorpel und der Plicae ary-epiglotticae. Das Oedem verging langsam, ohne dass die Tracheotomie nöthig wurde.

Fall 4. 27jähriger Mann, begann in der 6. Woche seiner Krankheit über Schluckbeschwerden zu klagen und es stellte sich Heiserkeit mit leichtem inspiratorischem Stridor ein. Der letztere steigerte sich so, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Die Epiglottis fand sich so stark geschwollen, dass sie alles Andere verdeckte. Später schloss sich eine Diphtherie an.

LOGAN TURNER.

119) **J. P. Crozier Griffith. Kehlkopfstenose bei Typhus. (Stenosis of the larynx in typhoid fever.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. März 1900.*

9jähriger Knabe bekam Kehlkopfstenose 4 Wochen nach Ausbruch des Typhus. Wiederholte Cultur ergab keine Diphtheriebacillen (auf andere, scheint es, wurde gar nicht gefahndet). Der Patient genas.

EMIL MAYER.

120) **L. Przedborski. Krankheiten des Kehlkopfes bei Gravidität. (Cierprenie krtani przy ciazy.)** *Gazeta lekarska. No. 19–25. 1900. Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 11. p. 68. 1900.*

Die interessante Arbeit des Verf.'s stützt sich auf 14 casuistische Beobachtungen, und zwar:

1. Paralysis musc. thyr.-aryt. duplex.
2. Paralysis musc. cric.-aryt. dextri.
3. Paralysis nervi recurr. dext.
4. Paralysis nervi recurr. sin.

5., 6., 7., 8. Laryngitis haemorrhagica.

9., 10. Laryngitis hypoglottica.

11., 12. Ozaena trachealis.

13. Tuberculosis laryngis primitiva.
14. Polypus laryngis.

In den 12 ersten Fällen entstanden die betreffenden Kehlkopfaffectionen erst wärend der Schwangerschaft und schwanden nach der Entbindung in kurzer oder längerer Frist. Besonders interessant sind die beiden Fälle von leichter Form der Ozaena.

Was den Fall 13 (Tub. laryngis) betrifft, welcher eine rasch tödtlich verlaufende Kehlkopfphthise (in deren Verlaufe die Kranke auch tracheotomirt wurde) und Lungenphthise darstellt, so ist dem Ref. nach der Krankengeschichte zweifelhaft, ob der Fall wirklich im directen Zusammenhange mit der Gravidität steht. Dasselbe gilt auch von Fall 14 (Polypus laryngis), bei dem es sich um eine 30jährige Frau handelt, welche in den letzten Wochen der Gravidität Heiserkeit bekam und bei der Verf. die Erscheinungen einer chronischen Laryngitis und geringe Knötchen an dem freien Rand des rechten Stimmbandes fand. Einige Wochen nach der Entbindung stellte sich bei der Frau die normale Stimme her und der Polyp verschwand gänzlich. In der Einleitung zu seinen Fällen bespricht Verf. die Literatur dieser Frage und erwähnt besonders die Arbeiten von Oppenheim, Mollimé, Strübing und Anderen.

A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Jordan** (Moskau). **Ueber die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 47. Bd. p. 93.*

Das Ergebniss der auf der Abtheilung für venerische Krankheiten am 1. Stadthospital für Moskau angestellten Untersuchungen ist folgendes:

1. In allen Stadien der Syphilis beobachtet man sowohl im Rachen, als auch im Kehlkopf mehr oder weniger häufig die Erscheinungen eines Erythems.

2. Papeln des Rachens sieht man in ungefähr $^1/_3$ aller secundären Syphilisfälle — Papeln im Larynx wurden daselbst nur in 3,3 pCt. constatirt.

3. Tertiär syphilitische Erscheinungen als solche oder in Gestalt von Defecten und Perforationen gab es im Rachen zu $^1/_3$, im Kehlkopf zu $^1/_{10}$ der Fälle.

CHIARI.

122) **Holger Mygind. Lupus vulgaris laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 131. 1900.*

Eine sorgfältige klinische Studie über den Lupus laryngis mit 20 ausführlichen Krankengeschichten. M. unterscheidet 5 Stadien der Krankheit: 1. die subepitheliale knotenförmige und diffuse lupöse Infiltration der Schleimhaut, 2. das Stadium der Proliferation der lupösen Knötchen über die Oberfläche der Schleimhaut, 3. die Ulceration der lupösen Knötchen, 4. die Ulceration des Knorpels, 5. die Narbenbildung. Der laryngoskopische Befund durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt.

F. KLEMPERER.

123) **J. Passmore Berens. Ein Fall von geheilter Kehlkopftuberculose. (A case of healed laryngeal tuberculosis.)** *Laryngoscope. Januar 1900.*

Die Behandlung hatte in täglichen intralaryngealen Injectionen von Jodoform und Aether bestanden; ausserdem war Kreosot in den Larynxtumor selbst injicirt worden.

EMIL MAYER.

124) **S. G. Dabney. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Amer. Practitioner and News. 1. Januar 1900.*

Die Kehlkopferkrankung tritt nicht so selten auf, ehe noch irgend Erscheinungen von Seiten der Lungen vorhanden sind. In vielen Fällen ist die Diagnose allein auf die localen Befunde mit Sicherheit zu stellen. Die Prognose ist nicht so ernst, wie man früher glaubte; die Localbehandlung ist von wesentlicher Bedeutung.

EMIL MAYER.

125) **Lacroix** (Paris). **Die Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose durch Inhalation antiseptischer Dämpfe. (Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par l'inhalation de vapeurs antiseptiques.)** *Académie de Medecine. 9. Januar 1900.*

L. empfiehlt die Dämpfe eines Gemisches von Menthol, Bromoform und Formol. Diese Substanzen werden in einem Gefäss erhitzt, durch das ein Luftstrom geleitet wird. Die Dämpfe besitzen gleichzeitig analgetische und antiseptische Eigenschaften.

PAUL RAUGÉ.

126) **Wm. L. Ballenger. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *The Medical Standard. April 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

127) **Ewing. Tuberculöses Geschwür an der Basis der Epiglottis. (Tuberculous ulcer at the base of the epiglottis.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Demonstration des Larynx eines an chronischer Miliartuberculose gestorbenen Patienten. Die Schleimhaut wies keine wesentlichen Veränderungen auf. Die ganze Basis der Epiglottis aber war tuberculös infiltrirt und war Sitz eines ausgedehnten Geschwürs (2 : 1 cm), auf dessen Grund Tuberkelbacillen sich nachweisen liessen.

LEFFERTS.

128) **Richmond Mc Kinney. Ein Fall von Tuberculose der Epiglottis. (A case of tuberculosis of the epiglottis.)** *Memphis Medical Monthly. April 1900.*

Die linke Seite der Epiglottis war geschwollen und oberflächlich ulcerirt. Die Lungen liessen keine Veränderungen erkennen, das Sputum aber enthielt spärliche Tuberkelbacillen. Verf. konnte feststellen, dass Tuberculose bereits vor 5 Jahren diagnosticirt war; also war die Epiglottisaffection als secundär zu erachten. Ohne diese Feststellung hätte er sie für primär gehalten.

EMIL MAYER.

129) **W. Freudenthal** (New York). **Zur Behandlung der Larynxtuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 1. p. 139. 1900.*

F. benutzt 1. das Nebennierenextract zur Einleitung einer präliminaren localen Anästhesie, 2. die Menthol-Orthoform-Emulsion (Menthol 1—5—10—15, Ol. amygd. dulc. 30, Vitell. ovor. 25, Orthoform 12, Aqu. destill. q. s. ad 100) zur Hervorbringung einer länger wirkenden localen Anästhesie und zur Hervorbringung eines curativen Effects; 3. das Oliven- oder Mandels oder Sesamöl zur Erleichterung der Dysphagie in manchen Fällen; 4. die Phototherapie (elektrische resp. Sonnenlichtbehandlung) und 5. das Heroin zur Erleichterung des Bronchialhustens. Die Milchsäure sollte nach F. „als antiquirt und barbarisch vollständig aufgegeben werden“.

F. KLEMPERER.

130) **E. Fletcher Ingals. Wm. E. Casselberry. Edwin Klebs. Die Bedeutung des Klimas bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (The influeuce of climate in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Journal Am. Med. Assoc. 10. Februar 1900. Laryngoscope. Februar 1900.*

Ingals schreibt dem Klima bei der Larynxtuberculose nicht die Bedeutung zu, die es in der Therapie der Lungenphthise hat. Patienten mit Larynxtuberculose fühlen sich im Allgemeinen im Höhenklima nicht gut. Trockene warme Luft in niederen Höhen wird besser vertragen. I. empfiehlt z. B. Phoenix in Arizona.

Casselberry rühmt den Rocky Mountain-District, besonders Colorado, das frischere und staubfreiere Luft hat als Arizona. Er hat nur zwei geheilte Fälle gesehen, beide lebten im freien Westen. Der Erfolg hängt von der frühen Behandlung ab.

Klebs hält jedes Klima, das den Lungentuberculösen zu empfehlen ist, auch für Halsphthisiker für geeignet. Ein specifisch heilendes Klima giebt es nicht. Das Wesentliche ist die Aenderung der Lebensweise und der reichliche Aufenthalt im Freien.

EMIL MAYER.

131) **Clay S. Merriman. Kehlkopfstenose. (Laryngeal stenosis.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

132) **Joseph A. Kenefick. Wiederholte Intubation bei anhaltender Kehlkopfstenose. (Repeated intubation for persistent laryngeal stenosis.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

K. stellt den Fall vor, um besonders darauf aufmerksam zu machen, dass trotz 40mal wiederholter Intubation die Phonation gut erhalten ist.

EMIL MAYER.

133) **W. Jay Bell. Membranöse Verstopfung des Larynx. (Membranous obstruction of the larynx.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Februar 1900.*

Nichts Mittheilenswerthes.

EMIL MAYER.

134) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Congenitale Stenose der Luftwege.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 13. 1900.*

Im Anschluss an die Arbeit von Teixeira de Mattos theilt Z. einen letal verlaufenen Fall bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren mit. Die seit der Geburt bestehende Stenose hatte in einigen Wochen sehr zugenommen; die Inspiration war stark stridorös, der gewöhnliche exspiratorische Stimmklang aphonisch, aber scharf. Die Laryngoskopie gelang: weder Röthung noch Schwellung: Stimmbänder nahezu in Medianstellung, vielleicht Ansaugung bei der Inspiration, gewiss keine normale Abduction. Die Tracheotomie wurde verweigert. Eine Woche später plötzlicher Tod ohne Athmungsnoth. Z. betont die Nothwendigkeit der Laryngoskopie, welche allein es ermöglicht, zwischen Trachealcompression und neuropathischer Ursache zu entscheiden. Mit Semon ist Z. geneigt, eine Coordinationsstörung als Ursache anzunehmen, welche er sich als eine von der normalen Abduction gleichsam gelöste Inspiration denkt. Dann wäre bei kleinen Kindern die Ansaugung der Stimmbänder eine nothwendige Folge.

H. BURGER.

135) **v. Mangoldt** (Dresden). **Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defecte.** *Archiv f. klin. Chir. 59. Bd. 1899.*

In jenen Fällen von Stricturen, wo es sich um bis auf den Knorpel reichende ausgedehnte Narben handelt, erweisen sich unsere gewöhnlichen Dilatationsverfahren häufig als völlig unzureichend, hier ist nur von Resection der verengten Partie oder von Einschaltung frischen, gesunden und daher widerstandsfähigen Gewebes in die verengte Stelle, event. mit nachfolgender Dilatationscur die Wiedererlangung einer normalen Lichtung des Luftrohres zu erwarten. Für den Kehlkopf kommt nur das letztere Verfahren in Betracht, das v. M. in 4 Fällen anwandte, in dem er Rippenknorpel mit Perichondrium einsetzte.

SEIFERT.

136) **Kraus** (Paris). **Ueber das congenitale Kehlkopfdiaphragma.** *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 9. 1900.*

K. beobachtete einen solchen Fall, der einen 21jährigen jungen Mann betrifft, der ausser der Larynxerkrankung vollständig gesund ist. Im Larynx be-

stand eine lückenlose Verwachsung der wahren Stimmbänder bis auf ihr rückwärtiges Drittel. Patient litt am meisten unter der Stimmstörung. K. war im Stande, mittelst Durchleuchtung (?) des Kehlkopfes von aussen die Dicke der Membran zu bestimmen. Die Entfernung derselben geschah mit dem Galvanokauter und der Krause'schen Curette. Es handelte sich nicht um eine einfache epitheliale Verklebung oder Membranbildung, sondern um abnorme fötale Entwickelung und Persistirung von Gewebsmassen im Larynxinnern, die jedoch ihrer Structur nach keinerlei pathologischen Charakter aufwiesen. CHIARI.

f. Schilddrüse.

137) **Civalleri. Die Nervenendigungen in der Schilddrüse. (Le terminazioni nervose della ghiandola tiroide.)** *Academia di Medicina di Torino. 2. März 1900.*

An Präparaten, die Verf. von Schilddrüsen frisch getödteter Meerschweinchen mittelst der Golgi'schen Methode herstellte, konnte er nachweisen, dass ausser der vasomotorischen noch besondere secretorische Nerven vorhanden sind.

G. FINDER.

138) **Lafayette B. Mendel. Ueber das Vorkommen von Jod in der Thymus- und Schilddrüse. (On the occurrence of iodine in the thymus and thyroid glands.)** *The American Journal of Physiology. Januar 1900.*

Verf. hat festgestellt, dass die Nebenschilddrüsen beim Menschen sowohl relativ wie absolut mehr Jod enthalten können, als die eigentliche Schilddrüse desselben Individuums. Er bestätigt die Beobachtung, dass die Schilddrüse neugeborener Kinder jodfrei ist. Dass die Thymusdrüse beim Menschen und Thier, wenn sie vorsichtig isolirt ist, Jod enthält, ist bisher nicht zuverlässig erwiesen. Spuren, die manche Untersucher fanden, sind vermuthlich durch Reste des anhängenden Schilddrüsengewebes zu erklären. EMIL MAYER.

139) **F. G. Schaefer. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 6. Januar 1900.*

Das wesentlichste Heilmittel für alle der medicamentösen Behandlung überhaupt zugänglichen Kröpfe ist Jod. Ein grosser Theil der Patienten, die Sch. nur mit Jod behandelte, heilten innerhalb 6 Monaten vollständig, bei anderen verkleinerte sich der Kropf auf $^1/_2$ bis $^1/_8$ seiner Grösse. LEFFERTS.

140) **Chavette. Ein Kropf-Mittel. (A goitre remedy.)** *Maryland Med. Journ. Januar 1900.*

Zinc. sulfur.
Ac. salicyl.
Jodoform ana 8,0
Acid. boric. 12,0
Acid. oleic. 256,0.

M. D. S. Mehrere Stunden bis zum Klarwerden zu kochen. Zweimal täglich

auf die Schilddrüse zu appliciren, bis Abschuppung eintritt, dann weiterhin einmal täglich.

EMIL MAYER.

141) E. Boinet. **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 20. Januar 1900.*

B. zieht eine Parallele zwischen Diabetes und Morb. Basedowii. Bei dem letzteren sind die Hypersecretion der Schilddrüse und die Gefässerweiterung am Halse und im retrooculären Gewebe gewöhnlich abhängig von einer initialen Reizung nervöser Centra. Später kann die secundäre Thyroidvergiftung wieder rückwirken auf das Centralnervensystem.

LEFFERTS.

142) W. W. Keen. **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1900.*

Klinischer Bericht und Vorstellung eines mit Erfolg operirten Falles.

EMIL MAYER.

143) Bonardi. **Chirurgische und electrische Behandlung des Morbus Basedow. (Cure chirurgiche e cure elettriche del morbo di Basedow.)** *Il Morgagni. Februar 1900.*

Auf Grund theoretischer Erwägungen und nach kritischer Betrachtung der chirurgischerseits berichteten Fälle erklärt sich Verf. als unbedingter Gegner jeder Art von operativer Behandlung bei Morb. Basedowii; dagegen ist er nach eigenen Erfahrungen der Ansicht, dass man mit der Elektrotherapie bisweilen Heilungen, stets jedoch wesentliche und lange Zeit andauernde Besserungen erzielen kann.

FINDER.

144) L. R. Regnier. **Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch den stabilen Voltastrom. (Treatment of exophthalmic goitre by stabile Voltaization.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1900.*

Bericht über 5 Fälle mit günstigem Resultat. R. verlangt, dass man die Elektricität versucht, ehe man zu chirurgischen Maassnahmen greift. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

145) Willard Bartlett. **Chirurgische und pathologische Betrachtungen über die Tuberculose des Oesophagus mit Bericht über zwei Sectionen. (Surgical and pathological features of tuberculosis of the esophagus with reperts of two autopsies.)** *Medical Review. 20. Januar 1900.*

Tuberculöse Affectionen der Speiseröhre sind hervorragend selten. Es kommen von tuberculösen Processen im Oesophagus vor: 1. der Tuberkel selbst, 2. das Ulcus, 3. die Fistel, 4. die diffuse Rundzellenentzündung, die in allen Geweben in der Nachbarschaft der ersterwähnten Processe sich findet.

Bei der ersten seiner 2 Sectionen fand Verf. 5 Fistelöffnungen in der vorderen Wand der Speiseröhre, von Stecknadelkopf- bis Bleistiftgrösse; dieselben führten in ebenso verschieden grosse Hohlräume innerhalb der geschwollenen und erweichten peribronchialen und mediastinalen Drüsen. In der Umgebung der Fistel-

öffnungen, die mittlere Hälfte der Schleimhaut ganz bedeckend, waren zahllose Geschwüre vorhanden mit erhabenen Rändern und gereinigtem Grunde.

Im zweiten Falle war nur eine Fistelöffnung vorhanden. Von dieser führt ein buchtiger Canal nach oben und vorn in eine käsig erweichte Lymphdrüse, die gerade hinter der Bifurcation der Trachea liegt.

Die beiden Fälle illustriren die Tendenz zur Betheiligung des Oesophagus bei chronischer Lymphdrüsentuberculose. Die Anwendung des Oesophagoskops ist in jedem Falle von ausgesprochener allgemeiner Drüsentuberculose angebracht. Im ersten Falle hätte eine Operation nicht in Frage kommen können; im zweiten aber, meint B., wäre eine solche wohl möglich gewesen und hätte die Ausbreitung des Processes auf die Schleimhaut und die Entstehung eines Mediastinalabscesses vielleicht verhüten können.

EMIL MAYER.

146) **W. W. Keen. Ein Fall von erweitertem Oesophagus. (A case of dilated esophagus.)** *Philad. Med. Journal. 6. Januar 1900.*

Viele Zeichen in K.'s Falle sprachen dafür, dass ein Oesophagusdivertikel vorlag. Die genaueste Untersuchung ergab aber, dass es sich um einen nervösen Spasmus gerade oberhalb des Diaphragmas und dadurch bedingte Erweiterung des ganzen Oesophagus handelte.

EMIL MAYER.

147) **S. Grosglik. Spastische Stenose des Oesophagus als urämische Erscheinung. (Zwazenio skurczowe przetyku jako objaw zakazenia moczowego.)** *Gazeta lekarska. No. 7. 1900.*

Bei einem 74jährigen Manne, welcher an chronischer Urämie in Folge von Prostatahypertrophie und Retention des Urins litt, trat eine Dysphagie auf, die in einer spastischen Stenose des Oesophagus ihren Grund hatte.

Methodische Blasenbehandlung beseitigte allmälig das Leiden.

A. v. SOKOLOWSKI.

148) **John S. Pyle. Oesophagusstrictur aus einer typhösen Ulceration entstanden. (Stricture of the esophagus resulting from typhoid ulceration.)** *Philadelphia Medical Journal. 3. Februar 1900.*

Krankengeschichte des Falles, in dem P. durch ein von ihm selbst erfundenes, durch hydraulischen Druck wirkendes Instrument zur Dilatation volle Heilung erzielte.

EMIL MAYER.

149) **B. Farquhar Curtis. Zwei Fälle von narbiger Oesophagusstenose behandelt mittelst Gastrotomie und dauernder Dilatation durch elastische Sonden. (Two cases of cicatricial stricture of the esophagus treated by gastrotomy and permanent dilatation by elastic tubes.)** *Annals of Surgery. März 1900.*

Das Wesentliche sagt der Titel. Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

150) **Robert Abbe. Skiagramm einer Oesophagusstrictur. (Skiagram of esophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 28. April 1900.*

Die Pat. litt seit ihrem 16. Jahre an Schluckbeschwerden und ist im Zu-

stande äusserster Inanition. Sie besitzt eine congenitale Oesophagusverengerung in der Höhe des Diaphragmas und gerade über derselben eine divertikelartige Tasche. Die Gastrotomie zeigte, dass der Magen klein und atrophisch ist.

LEFFERTS.

151) **George Ben Johnston. Gastrotomie bei traumatischer Strictur des Oesophagus. (Gastrotomy for traumatic stricture of the esophagus.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 12. Januar 1900.*

Die Strictur war durch Schlucken concentrirter Lauge entstanden. Die Operation führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

152) **Blum** (Wien). **Zur Diagnostik der Oesophagusdivertikel.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 11. 1900.*

Im citirten Falle wurde die Diagnose mittelst Oesophagoskopie und Radioskopie gestellt. Mittelst letzterer konnte man, nachdem man in den Blindsack eine Bismuthum-subnitricum-Mixtur gebracht und durch die Speiseröhre, an dem Hinderniss vorbei, einen mit metallischem Quecksilber gefüllten Schlauch in den Magen eingeführt hatte, deutlich die Lage des Blindsackes constatiren. B. meint, dass es sich in diesem Falle um eine Combination von Tractions- und Pulsionskräften handelte, die zur Ausbildung des Divertikels geführt haben.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

Jahresversammlung vom 1. Mai 1899.

Vorsitzender: M. Lubet-Barbon.

Garel (Lyon): Zwei Fälle von umfangreichen Tumoren der Epiglottis, Lipom und Fibrom.

Die erste Beobachtung betrifft ein Fibrom von Kleinhühnereigrösse, das die Epiglottis zurückdrängte; es wurde mit der galvanischen Schlinge abgetragen, ohne Blutung. Fall 2 ist ein Lipom bei einem 61jährigen Patienten. In der rechten Fossa glosso-epiglottica sitzend, verursachte es deutliches Stenosengeräusch, jedoch keine Erstickungsanfälle. Auch dieser Tumor wurde mit der Glühschlinge ohne Blutung entfernt.

Vacher (Orleans): Adenoide Vegetationen beim Erwachsenen und ihre Behandlung.

Unter 400 Soldaten eines Artillerieregiments fanden sich 43 mit adenoiden Vegetationen. 10 boten so starke objective Symptome, dass die Operation nöthig

war. Wo man nur das Vorhandensein einer dritten Mandel constatirt ohne lymphoide Bildungen in der Gegend der Tubenostien, da fehlt auch die Hyperplasie der Muschelenden, die Nasenscheidewandverbiegung, Rhinitis hypertrophica, Anosmie und Taubheit. Im Gegensatz dazu sind bei Personen mit wirklichen Adenoiden alle diese Veränderungen vorhanden und ausserdem Schwellung der Gaumentonsillen, Mittelohrentzündung u. a. m.

Redn. zieht die systematische Benutzung des Spiegels der des Fingers zur Stellung der Diagnose vor. Von den für die Operation der Adenoiden empfohlenen Instrumenten hält er die Schmidt'sche Curette für das praktischste.

Jankelevitch (Bourges): Adenoide Vegetationen beim Erwachsenen.

Redn. hält die Adenoiden beim Erwachsenen nach den statistischen Erhebungen, die er auf Moure's Klinik gemacht hat, für relativ häufig. Sie bringen manchmal wesentliche Störungen mit sich und es ist deshalb rathsam, durch ihre Entfernung üblen Folgen vorzubeugen. Zur Operation benutzt Redn. stets die Curette.

Moure (Bordeaux): Behandlung maligner Tumoren der Nasenhöhle.

Die Geschwülste, welche die Nasenhöhle noch nicht überschritten haben, können und müssen vollständig per vias naturales entfernt werden. Man kann diese Tumoren eintheilen in Neoplasmen der unteren Nasengegend, solche der mittleren und solche der oberen Etage. Welches auch immer die Insertionsstelle sei, auf dem Wege des stückweisen Abtragens (morcellement) kann man — indem man rasch vorgeht, um zu heftige Blutung zu vermeiden — stets alles Krankhafte entfernen, ohne dass man zum äusseren Eingriff zu schreiten braucht. Bisweilen sind freilich eine Reihe von Sitzungen dazu nöthig.

Aus einer grösseren Zahl von Fällen wählt Moure 3 aus, in denen er mit Erfolg operirt hat. Er schliesst, dass auch bei grossem Umfange gewisser maligner Geschwülste der Nase der Chirurg nicht zu zögern braucht, die Exstirpation per vias naturales zu machen.

Gaudier (Lille): Sarcom der Mandel.

G. operirte ein Sarcom der Mandel ohne Zwischenfall; der Kranke starb aber bald danach an allgemeiner Sarcomatose.

Bar (Nizza): Ueber adenoide Vegetationen und ihr Hinunterfallen in den Larynx.

Dieses Ereigniss kann unmittelbar den Tod verschulden. Redn. hat dies bei einem 5jährigen Kinde beobachtet, das sofort asphyctisch und stark cyanotisch wurde und nur dadurch gerettet werden konnte, dass es sofort gelang, das im Larynxeingang eingeklemmte Stück der Adenoiden zu fassen. Für die zuverlässigste Operationsmethode hält Redn. die combinirte Anwendung der Chatellier-schen Zange und des Gottstein'schen Ringmessers.

Collet (Lyon): Ueber die Anosmie.

Der Zusammenhang, der zwischen den Functionen des Geruchs und Ge-

schmacks vorhanden ist, vermehrt die Bedeutung der Anosmie, indem mit derselben Geschmacksstörungen sich verbinden. Vom ätiologischen Standpunkt aus kann man unterscheiden:

1. Die angeborene Anosmie durch congenitales Fehlen der Geruchsnerven oder -Centren, oft auch durch erworbene Veränderungen der Riechschleimhaut.

2. Die hereditäre Anosmie.

3. Die senile Anosmie.

4. Die Anosmie der Menopause.

5 Die Anosmie bei Erkrankungen der Nasenhöhle (Muschelhypertrophie, Ozaena, Coryza).

6. Die gustative Anosmie — verursacht durch ein Hinderniss für die Passage der Luft, das zwischen Mundrachen und Nase seinen Sitz hat.

7. Die nach Operationen in der Nase auftretende Anosmie (eine einfache Cauterisation genügt).

8. Die traumatische Anosmie, die auf die Zerreissung des Nervus olfactoriur oder den Druck desselben durch einen Bluterguss zurückgeführt wird.

9. Die Anosmie bei Nervenkrankheiten:

a) Tabes.

b) Allgemeine Paralyse.

c) Organische Hirnkrankheiten.

d) Hemiplegie.

e) Erkrankungen der Hirnnerven:

1. Facialislähmung.

2. Trigeminusneuralgie.

f) Neurosen:

1. Hysterie; bei dieser ist Anosmie selten, häufiger sind Geruchsperversitäten.

2. Epilepsie.

g) Toxische Anosmien (Morphium, reizende Dämpfe).

10. Die Anosmie bei Infectionskrankheiten. Sie kommt nur vor, wenn diese Krankheiten von nasalen Symptomen begleitet sind.

11. Die Anosmie bei Stoffwechselkrankheiten: Diabetes, Gicht.

In therapeutischer Hinsicht ist es stets erforderlich, die Ursache im Auge zu behalten und zu versuchen, diese zu beseitigen. Wo ein Hinderniss für die Passage der Luft exisirt, ist dasselbe natürlich in erster Linie zu entfernen. Von den speciellen Indicationen abgesehen, dienen zur Anregung der Nervenempfänglichkeit warme Irrigationen, Massage, Strychnin etc.

Lavrand (Lille): **Die Behandlung der Dysphagie bei tuberculöser Laryngitis durch ein Product der Bacteriencultur.**

L. hat die Absicht, ein Extract von Tuberkelbacillenculturen, mit dem Bourgeois bei Lungentuberculose vortreffliche Resultate erzielt hat, bei Kehlkopftuberculose zu versuchen. Dasselbe ist unschädlich und soll nicht nur die Dysphagie beruhigen, sondern auch auf den laryngealen Process günstig einwirken.

Joal (Mont-Dore): Urticaria und Gerüche.

Verf. sah 3 Fälle, in denen Urticaria unter dem Einflusse von Gerüchen sich entwickelte. In dem einen Fall waren es aromatische Essenzen, unter deren Einwirkung die Urticaria hervorõrat, in den beiden anderen sowohl Jodoform und Schwefel, wie Rosen, Flieder und andere Blumendüfte.

Goris (Brüssel): Zweimalige Thyreotomie und Tracheotomie wegen Angiom des Kehlkopfs bei einem 4jährigen Kinde. Heilung.

Das Kind litt an Erstickungsanfällen; der erste Eingriff führte nur eine vorübergehende Besserung herbei, das zweite brachte vollständige Heilung.

Luc (Paris): Beitrag zum Studium und zur Geschichte der Kieferhöhlenentzündungen.

L. berichtet über den Fall eines Studenten der Medicin, der an einer acuten Stirn- und Kieferhöhlenentzündung erkrankte. Dieselbe heilte ohne jeden Eingriff. Weiter berichtet L. über zwei Fälle von subperiostalem praemaxillaren Abscess mit Ursprung von den Zähnen und secundär in die Kieferhöhle sich eröffnend. In beiden Fällen wandte er seine gewöhnliche Methode zur Radicalbehandlung des Nebenhöhlenempyems an und erzielte damit vollständigen Erfolg.

Moure und Liaras (Bordeaux): Ueber 26 Fälle von Kieferhöhlenentzündung, die nach Luc's Methode operirt wurden.

Die Verff. sind der Ansicht, dass man nicht zu lange Zeit mit der medicamentösen Behandlung chronischer Nebenhöhlenentzündungen verzögern soll. Sie senden der Radicaloperation stets eine partielle Turbinectomie voraus und legen unter Ausschluss eines Drains oder Gazebausches eine breite Communication zwischen der curettirten Höhle und der Nase an. Ihre Behandlungsresultate waren sehr gute. Die buccale und nasale Wunde heilten schnell. Es kamen nur 3 Recidive vor und diese wurden leicht überwunden. Das Allgemeinbefinden der Patienten hob sich; dieselben nahmen an Gewicht zu und die chronischen Bronchitiden, die bei den meisten von ihnen beobachtet wurden, besserten sich mit der Behandlung der Nebenhöhlenentzündung.

Molinié (Marseille): Entzündung aller Nasennebenhöhlen (Pansinusite de la face) und myxomatöse Degeneration der Nasenschleimhaut durch chirurgische Behandlung geheilt.

M. trepanirte und curettirte die Stirnhöhlen. Am 20. Tage nach dem Eingriff trat ein Recidiv ein. Es wurde ein neuer Eingriff gemacht und diesmal die Stirnwunde nicht verschlossen. 10 Tage nachher eröffnete M. beide Kieferhöhlen und schloss in derselben Sitzung die Stirnhöhlen, die bis dahin tamponirt waren. Die Heilung verlief nun glatt.

Lubet-Barbon und Furet (Paris): Beitrag zum Studium der Kiefer- und Stirnhöhlenentzündungen.

Die chirurgische Methode, welche die Redn. zur Anwendung brachten, ist die Luc'sche. Ihre Resultate sind zufriedenstellende: 17 Operationen an der

Kieferhöhle mit 3 Recidiven; 9 Operationen an der Stirnhöhle ohne Recidiv. Die Diagnose ist sicher zu stellen durch die Durchleuchtung und vor allem durch die Probepunction. Für die Stirnhöhlenerleuchtung bringen die Redn. neue Apparate in Vorschlag.

M. Lermoyez (Paris): Rationelle Behandlung der Hydrorrhoe.

Die physiologische Erklärung der hydrorrhoischen Erscheinungen liegt in der Reizung des Trigeminus. Experimentell lässt sich das Bild der Hydrorrhoe durch Vergiftung mit Muscarin erzeugen. Die begleitende Nasenverstopfung hat die Reizung der vasodilatatorischen Fasern zur Ursache. Als rationelle Therapie schlägt L. deshalb den gleichzeitigen Gebrauch von Atropin und Strychnin vor. Ersteres übt einen kräftigen Einfluss auf die secretorischen Nervenfasern aus, während letzteres die vasoconstrictorischen Centren des Rückenmarks, von denen die im Sympathicus zu den Gefässen der Riechschleimhaut laufenden Nerven ausgehen, reizt.

Albespy (Rodez): Drei Fälle von Fremdkörpern der Nasenhöhle.

1. Ein kleines Stück Knochen, aus der Nase eines 5jährigen Kindes entfernt; über den Ursprung liess sich nichts ermitteln.
2. Ein Kirschkern, in der Nase länger als 50 Jahre zurückgehalten.
3. Ein zufällig entdeckter Sequester, der sich niemals durch irgend ein Symptom bemerkbar gemacht hat.

Raoult und L. Hoche (Nancy): Ein Fall von multiplem Papillom der Gaumenmandeln und ein Fall von Papillom der Zungenmandel.

Nach klinischen und pathologisch-anatomischen Erwägungen constatiren die Verff. in ihrem ersten Fall den Einfluss der durch adenoide Vegetationen verursachten Behinderung der Nasenathmung und nasalen Congestion auf die Genese der Papillome.

Im zweiten Falle waren neben der lingualen Affection intensive Veränderungen in Rachen und Nase vorhanden.

Joucleray (Angers): Einseitiges Emphysem der Stirn-Augenhöhlengegend durch die Wirkung des Schnäuzens.

Redn. beobachtete einen Knaben von 15 Jahren, bei dem plötzlich, nachdem er sich geschnäuzt hatte, eine emphysematöse Schwellung in der Stirn- und Augenhöhlengegend hervortrat. Nach 10 Tagen war nichts mehr von derselben zu bemerken.

Escat (Toulouse): Symmetrische Zona im Rachen eines Tabikers.

Der zosterartige Ausschlag, den Redn. am Gaumensegel eines tabischen Pat. constatirte, entsprach genau dem Gebiet des Nerv. palatinus posterior und des N. palatinus medius.

Grossard (Paris): Tuberculöse Perforationen des Gaumensegels.

Redn. hat 2 Fälle dieser seltenen Affection beobachtet. Der eine betrifft

einen 23jährigen Mann mit Tuberculose im zweiten Stadium, welcher innerhalb 18 Monaten 3 grosse Perforationen am Gaumensegel bekam. Der zweite betrifft einen 40jährigen Mann, der seit 2 Jahren wegen Larynxtuberculose in Behandlung stand. Derselbe bekam eines Tages ein starkes Oedem des Zäpfchens. 8 Tage später sah man an der Basis desselben ein kleines Loch. Die Perforation verbreitete sich dann auf das Gaumensegel in einer Ausdehnung von ca. 2 cm.

Laurens (Paris): Osteom der Nasenhöhle mit Mucocele der Stirn- und Kieferhöhle. Partielle Resection des Oberkiefers und des Siebbeins. Heilung.

L. exstirpirte bei einer jugendlichen Kranken ein Osteom, das die ganze eine Nasenseite und die Kieferhöhle erfüllte. Er demonstrirt das Präparat und die Photographie der Patientin. Die Heilung erfolgte rasch und per primam.

Bonain (Brest): Die Anwendung von cocainhaltigem Menthophenol in der Laryngologie.

In Vervollständigung seiner früheren Untersuchungen hat B. das Menthophenol im letzten Jahre in der Nase, im Pharynx und Larynx versucht. Er empfiehlt es als vortreffliches Anaestheticum.

Collinet (Paris): Hypertrophie des lymphoiden Gewebes an der Seite des Rachens, wie Gaumenmandeln aussehend.

35jährige Frau, seit 8 Tagen an Halsweh leidend, zeigt bei der Untersuchung des Rachens 4 Gaumenmandeln, 2 vordere und 2 hintere. 14 Jahre vorher war bei der Pat. eine Tonsillotomie gemacht worden. Dieser Grad von Proliferation des lymphoiden Gewebes bei einer Erwachsenen, der noch dazu im Alter von 21 Jahren der Hals anscheinend gründlich frei gelegt wurde, ist bemerkenswerth.

Texier (Nantes): Zwei Fälle von polypoider Hypertrophie der Mandel.

Redn. bespricht 2 Fälle. Der eine hatte auf der rechten Tonsille eine polypoide Geschwulst von der Form einer Mandel, der andere einen etwas kleineren gestielten Tumor in der Fossa supratonsillaris. Die histologische Untersuchung ergab bei beiden, dass es sich um abgesprengtes Mandelgewebe handelte.

Raoult und Thiry (Nancy): Ueber schankerartige ulcerös-membranöse Mandelentzündungen.

Die Redn. halten auf Grund neuerer Untersuchungen ihre frühere Behauptung aufrecht, dass der spindelförmige Bacillus die Ursache dieser schankerartigen ulcerös-membranösen Mandelaffectionen ist. Dieselben haben zwei Stadien: das pseudomembranöse, in welchem die Nekrose des Gewebes zur Pseudomembranbildung führt, und das ulceröse nach dem Abfallen der Membran.

Sarremone (Paris): Syphilitischer Schanker des Kehlkopfs.

Redn. sah einen Fall von sehr tief gelegenem Schanker. Derselbe sass am Lig. ary-epiglotticum und reichte bis auf das Taschenband. S. glaubt, dass der Speichel den Infectionskeim an diese Stelle getragen hat.

Jacques (Nancy): Ozaena und Nebenhöhlenentzündungen.

J. ist der Ansicht, dass weder die klinischen Beobachtungen, noch die bakteriologischen Forschungen, noch auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Anlass geben, die Ozaena als eine selbständige und einheitliche Krankheit zu betrachten. Dieselbe wird vielmehr durch die verschiedenartigsten Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen herbeigeführt, wofern sich dieselben auf einem scrophulösen Boden entwickeln und in die Länge ziehen.

de la Combe (Bordeaux): Aphthöse Laryngitis.

Verf. schliesst seine Betrachtungen an 5 Fälle von Aphthen im Kehlkopf an, die er beobachtet hat. Dieselben sind nicht primär, sondern durchgehends secundär nach Aphthenbildung im Munde auftretend. Ihr Aussehen ist dasselbe, das die Aphthen sonst auf Schleimhäuten bieten. Die Therapie besteht in Aenderung der Ernährung und localen Pinselungen.

G. Gellé fils (Paris): Hämorrhagische Kehlkopfentzündungen.

Redn. sah 2 Fälle von submucöser Blutung der Stimmbänder bei Leuten, die ausserordentlich schwere Lasten zu tragen hatten. Er führt dieselbe auf die Congestion des Larynx zurück, die durch den zur Leistung so grosser Anstrengungen nothwendigen stricten Schluss des Halses verursacht wird.

Brindel (Bordeaux): Entfernte Folgen der Operation adenoider Vegetationen.

Die Mittheilungen basiren auf 705 Beobachtungen, die innerhalb 2 Jahren in Moure's Klinik gesammelt wurden.

1. Was das Gehörorgan anlangt, so werden die frischen catarrhalischen Otitiden und die chronisch catarrhalischen Otitiden mit Synechien durch die Adenotomie gebessert. Dieselbe scheint auch den progressiven Verlauf der trockenen und der sclerösen Otitiden etwas aufzuhalten.

Auch die Taubstummen erfahren oft eine Besserung. Sie bekommen ein wenig Gehör. Der Ohrenfluss wird häufig geheilt oder wird doch der chirurgischen Behandlung zugänglich.

2. Was die Nase anlangt, so wird durch die Eröffnung der Luftpassage durch die Nase bisweilen eine präexistirende Coryza atrophica geheilt und eine Schwellung der Schleimhaut erzielt.

3. Die Mandeln erfahren eine regressive Einwirkung.

4. Recidive kommen vor, sind aber selten. Jedoch atrophiren die nicht mitentfernten Reste niemals.

Castex (Paris): Die sclerogene Methode bei der Kehlkopftuberculose.

Redn. wendet die Lannelongue'sche Methode in Fällen an, in denen nicht zu ausgedehnte Ulcerationen bestehen. Er injicirt 4 mal in Intervallen von 14 Tagen die Hälfte einer Pravaz'schen Spritze von einer $^1/_{25}$-Lösung. Auch für circumscripte Infiltrationen erscheint ihm dies Verfahren angezeigt.

Moure (Bordeaux): Drei Fälle von fibrösen Nasenrachenraumpolypen, exstirpirt vom Munde aus.

Von 3 Kranken, die M. in diesem Jahre operirt hat, bekamen 2 Recidive, der eine ein gutartiges, das durch Electrolyse beseitigt wurde; der andere ein ernsthafteres, das einen neuen Eingriff nöthig machte; nach diesem ist wieder ein geringes Recidiv aufgetreten, diesmal aber gutartiger. Der dritte Fall ist bisher recidivfrei. Der Sitz der Polypen im Nasenrachenraum ist wechselnd; man findet sie an allen Stellen desselben. Die Operationsmethode vom Gaumen her hält M. für vortrefflich; er hat eine besondere Zange dafür anfertigen lassen.

Raoult und Hoche: Hornbildung an der Gaumenmandel.

Es handelt sich um einen Fall von primärer Keratosis der Mandel. Das verhornte Gebilde war etwa 3 cm lang und sass in einer Krypte der Fossa supratonsillaris. Die Verff. stellen den pathologischen Process den gewöhnlichen Keratosen der Haut gleich.

Malherbe (Paris): Eine neue Behandlungsmethode für Nasenscheidewandverbiegungen durch Morcellement.

Die Methode eignet sich für knorpelige Deviationen mit oder ohne Verdickung. M. incidirt die Schleimhaut über der Verbiegung und präparirt sie nach oben hin ab. Mit einem kleinen scharfen Meissel wird dann stückweise der Knorpel fortgenommen und schliesslich die Schleimhaut zurückgeschlagen und durch einen Gazebausch fixirt. Die Operation dauert 5—10 Minuten und kann unter Bromäthylnarkose gemacht werden.

Berbineau (Bordeaux): Ein Fall von maligner Geschwulst des Gaumensegels.

Es handelt sich um ein Pflasterzellenepitheliom, das von Moure vor $2^1/_2$ Jahren mit dem Thermokauter entfernt wurde. Dasselbe ging vom Zäpfchen aus und hatte auf das Gaumensegel übergegriffen; Drüsen waren nicht afficirt. Pat. befindet sich wohl und ist recidivfrei.

Garel (Lyon): Die stereoskopische Photographie des Kehlkopfes.

G. hat an dem French'schen Apparat derartige Veränderungen angebracht, dass er in kurzer Zeit eine grosse Reihe Bilder gewinnt und so ein stereoskopisches Bild der Vorgänge im Kehlkopf reproduciren kann. Er schreibt dieser Methode eine grosse Bedeutung für die laryngologische Forschung und den Unterricht zu.

Mahu (Paris): Die endolaryngeale Abtragung von Kehlkopftumoren und Vegetationeu.

Demonstration eines Operationsbesteckes, das alle nothwendigen Instrumente — Curetten und Zangen — in einfacher Form enthält.

Vacher: Demonstration von Apparaten und Instrumenten.

1. Ein Zungenherabdrücker mit Vorrichtung zum Auffangen der mit der Curette entfernten Vegetationen.

2. Eine Art Doppelharpune zum Fixiren der Muschelenden.

3. Ein Meissel zur Eröffnung der Innenwand der Highmorshöhlen.

4. Eine schneidende Zange zur stückweisen Abtragung der Mandeln.

5. Zwei Ringe an Griffen, die man stark gegen die Mandeln drückt, damit dieselben hervorspringen und ohne Verletzung der Gaumenbögen abgetragen werden können.

Jacques: Demonstration von Apparaten.

J. demonstrirt eine zweckmässige Zusammenstellung von Verbandzeug, das sich leicht lange Zeit steril erhalten lässt.

Garel: Neue elektrische Schlinge für adenoide Vegetationen.

Das elektrische Adenotom lehnt sich an die Form des Gottstein'schen Messers an. Es soll die Complicationen durch Blutung zum grossen Theil ausschalten.

Raoult: Instrument zur Abtragung der Gaumen- und der Zungenmandel.

Das Instrument ist nach dem Princip der Krause'schen Curette für endolaryngeale Eingriffe gebaut. Die beiden Theile lassen sich auf einen Griff befestigen. Der eine dient für die vertical hervorstehende Gaumenmandel, der andere für die horizontal verbreitete Hypertrophie der Zungenmandel.

H. Collin (Paris): Demonstration von Instrumenten.

1. Bonain'sche Zange zur Abkratzung der Zungentonsille.

2. Escat'sche gekrümmte Zange zur Compression der blutenden Arterie bei Nasenbluten.

3. Loubard'scher Pulverbläser oder Insufflator; derselbe lässt sich vollständig auseinander nehmen und reinigen.

Moure: Instrumente.

M. legt eine Reihe von Adenotomen vor zur Abtragung der Adenoiden bei Säuglingen und kleinen Kindern.

Er demonstrirt ferner die Zange, deren er sich zur Entfernung fibröser Nasenrachenraumpolypen bedient.

E. J. Moure.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, November. 1900. No. 11.

Max Schaeffer †.

„Auf dem Rhiensberger Friedhofe hat man am 11. Septbr. einen Mann zu Grabe getragen, der durch seine hervorragende ärztliche Tüchtigkeit weit über die Grenzen unseres Gemeinwesens hinaus bekannt und geschützt war, und der auf der Höhe des Lebens in der Fülle der Kraft und des Glückes einen so tragischen Tod gefunden hat, dass neben den Angehörigen nicht nur seine Freunde und Patienten, sondern auch weitere Kreise nah und fern stets mit schmerzlicher Trauer seiner gedenken werden.

Da über den Unfall selbst allerhand widersprechende, unvollständige und zum Theil ungenaue oder falsche Berichte von Mund zu Mund und durch die Spalten der localen und der süddeutschen Presse gehen, da ferner unter den zahlreichen Freunden und Verehrern des Entschlafenen der Wunsch nach einer möglichst wahrheitsgetreuen Schilderung des Unfalls laut geworden ist, so möge es mir als langjährigem Freunde Dr. Max Schäffer's und seiner Familie gestattet sein, eine authentische Darstellung des beklagenswerthen Unglücks hiermit der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Als Quellen dienten mir die letzten Aufzeichnungen des Verunglückten, der mündliche Bericht des Sohnes, der mit einer Führercolonne das Olperergebiet abgesucht und die Unglücksstelle gesehen hat, und ein Brief des Herrn Fritz Nickel jr. in Innsbruck, des Leiters der Rettungsarbeiten, an den ihm befreundeten Hüttenwart der Alpenvereinssection, Herrn Chr. Waldmann.

Nachdem Dr. Schäffer am 13. August in Steinach am Brenner mit seiner Familie den Tag der silbernen Hochzeit gefeiert hatte, blieb er noch eine Woche mit ihr zusammen, um die Freude an diesem Fest im Kreise der Seinen, im gemeinsamen Genuss der Schönheiten der Berge nachklingen zu lassen. Am 22. August früh trennte er sich von ihnen, die die Heimreise antraten, und fuhr nach dem nahe gelegenen Jodok, wo Joh. Offerer, vulgo Gsotter aus Vals, einer der tüchtigsten und erprobtesten Führer im Gebiete des Olperer, ihn bereits erwartete. Beide verliessen St. Jodok in fröhlicher Stimmung noch am selben Tage und stiegen zur Geraer Hütte auf, wo übernachtet wurde. Am folgenden Tage sollte der Olperer bestiegen und der Abstieg nach der Dominicushütte im Zamser Thale genommen werden.

Die beiden Wanderer brachen am Donnerstag, 23. August, um 5 Uhr Morgens von der Hütte auf und erreichten nach anderthalbstündigem Marsche den Wildlahner Ferner, dessen unterer flacher Theil überschritten werden musste, ehe man an den schwieriger zu nehmenden, vom Olperer sich herabziehenden Firngrat kam. Das Wetter scheint etwas nebelig, jedenfalls nicht ganz klar gewesen zu sein. Der Führer, ein kleinerer Mann von 60 Jahren, ging voran, Schaeffer folgte in 10 m Abstand, mit ersterem durch ein Seil verbunden. 20 Minuten nach dem Betreten des Gletschers kam man an eine Längspalte. Höher hinauf führt zwar quer über den flachen Theil des Gletschers ein sicherer Geröllgrat, der aber zum Unglück von dem Führer, wie üblich, gemieden wurde, um den Weg nach dem Firngrat abzukürzen. Die Spalte hatte an der Stelle, wo sie überschritten werden musste, bei 1,30 bis 3 m Breite eine Oeffnung von etwa 6 m Länge. Der Führer überschritt nun die über der Spalte liegende Schneebrücke wahrscheinlich zu nahe der Oeffnung, Schaeffer folgte ihm, brach aber mitten auf der Schneebrücke durch und riss den an Körpergewicht viel leichteren Führer, der bereits die andere Seite der verdeckten Gletscherspalte erreicht hatte, aber „mit doppeltem Seil zu kurz angeseilt" war, mit sich in „eine Tiefe von 80 bis 120 Fuss". Dies geschah Morgens um 7 Uhr. „Der Führer brach sich beim Fall Oberarm und Oberschenkel" und konnte daher bei dem Rettungsversuch nicht behülflich sein. Schaeffer umhüllte ihn nun mit seinem Mantel und legte eine Flasche Wein, Fleisch und Brod neben den Schwerverletzten, damit dieser möglichst lange der Erschöpfung durch Hunger Widerstand leisten konnte. Dann unternahm er, obgleich er selbst „eine rechtsseitige Knieluxation" davongetragen hatte, von $7^1/_2$ Uhr an Rettungsversuche. Da an der Absturzstelle ein Aufstieg wohl zu schwierig schien, so arbeitete er sich zunächst 6 m weiter in der Richtung nach der oben genannten Oeffnung zu. „Ich stieg", so schreibt er selbst, „mit unsäglicher Mühe und Schmerzen herauf, aber ich stürzte durch das Knie zweimal ab, zum Glück auf den Rücken. Von $7^1/_2$ bis 3 Uhr versuchte ich Rettung, zuletzt versagte das Knie ganz". Als er die Rettungsversuche aufgab, hatte er sich bis auf 5 m vom Gletscherrand hinaufgearbeitet und an der Eiswand einen Vorspung von 2 m Länge und $1^1/_2$ m Breite erreicht. Ob er noch höher hinauf gelangt ist, lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Wenn auch die Führer $^1/_2$ m unter dem Rande Spuren vom Stufenschlagen bemerkt haben wollen, die nach ihrer Ansicht nur auf den Rettungsversuch Dr. Schaeffer's zurückzuführen sind, so

ist doch der Beweis für die Richtigkeit ihrer Annahme nicht erbracht. Wahrscheinlich hat er auf diesem Vorsprung sich in sein schauerliches Schicksal ergeben, da seine Kräfte versagten und die überhängende Eiswand einen weiteren Aufstieg unmöglich machte.

Und nun, „ehe es in der Spalte zu dunkel wird", setzt er sich zum Schreiben nieder und sagt seiner Gattin und seinen Kindern in herzlichen Worten Lebewohl. Er schildert selbst kurz den Unfall, giebt klar und bestimmt die Ursachen an und verfügt, dass „der Wittwe des Führers tausend Kronen" gegeben werden sollen. Er sendet Grüsse an die Angehörigen und an Freunde, an Bekannte und Patienten, trifft Anordnungen privater Natur und Bestimmungen über sein Begräbniss uud schliesst seine Aufzeichnungen, die gegen den Schluss mit zitternder Hand geschrieben sind, mit den ergreifenden Worten: „Gottes Segen über Euch!" — Nichts von Verzagtheit und Kleinmuth, nichts vor Furcht vor dem Tode, sein letzter Gedanke — ein Wunsch für die Seinen! —

Ueber die Stunde seines Todes kann man nur Vermuthungen hegen. Selbst einige in der Spalte gefundene angebrannte Streichhölzer berechtigen noch nicht zu dem Schluss. dass er erst gegen Abend erfolgt sei. Die $7^1/_2$ stündige anstrengende Arbeit in der Spalte wird ihn wahrscheinlich so erschöpft haben, dass ihn bald nach der Niederschrift seiner letzten Grüsse und Wünsche die Müdigkeit bezwungen hat. Und so, vom Schlaf umfangen, im grausigsten Schosse der Alpenwelt, an der sein naturfreudiges Herz hing, ist er sanft aus dem Leben geschieden, aus einem Leben voll Mühe und Arbeit, aber auch reich an Freuden und Erfolgen.

Man fand ihn nach langem vergeblichen Suchen am Morgen des 5. Septbr. auf dem oben geschilderten Vorsprung in der Spalte. Als leitende Spur hatte der auf dem Gletscher liegende Eispickel des Führers gedient, den dieser im Augenblicke des Sturzes hatte fallen lassen. Dr. Schaeffer lag wie schlafend da, mit friedlichen Zügen, das Haupt im rechten Arme ruhend, der auch den Eispickel umschloss, während die linke Hand sich auf den eisigen Untergrund stützte. Das Seil lag neben ihm. Die Leiche wurde durch drei Führer und den Sohn des verunglückten Führers Offerer geborgen und nach St. Jodok zu Thal gebracht. Offerer's Leiche konnte man erst einen Tag später bergen, da zu diesem Zwecke umfassendere Vorbereitungen getroffen werden mussten. Allen aber, die dazu beigetragen haben, die Leichen der verunglückten Wanderer aus der Tiefe des Gletschers zu Tage zu fördern, dem Leiter der Arbeiten, Herrn Fritz Nickel in Innsbruck und den zwölf Führern und Trägern, die mehrere Tage lang mit Anspannung aller Kräfte nach den Verunglückten gesucht haben, sei auch an dieser Stelle herzlicher Dank und aufrichtige Anerkennung ausgesprochen.

Was Max Schaeffer seiner Familie, seinen Freunden und den vielen, vielen Leidenden war, die bei ihm Trost und Heilung suchten, das steht in deren Herzen unvergänglich eingeschrieben und soll hier nicht weiter erörtert werden. Aber das Ueberwältigende an seinem Untergange, sein Heldenthum und seine Menschengrösse, seine Festigkeit und Klarheit in den letzten Stunden, seine Furchtlosigkeit angesicht des Todes und die alles durchdringende Liebe und Treue zu den Seinen, das muss einen jeden mit Bewunderung für den Mann, mit tiefem Schmerz über

den Verlust erfüllen. Und wenn auch die schwer geprüften Herzen derer, die ihm nahe standen, noch lange bluten werden, wenn sie um Trost ringen, wo es kaum einen Trost giebt, so werden sie sich doch mit der Zeit wieder aufrichten an dem Vorbilde des Entschlafenen, der durch seinen Tod die Wahrheit des Gedankens besiegelt hat, dass „noch gewaltiger als das Schicksal der Muth erscheint, der es erträgt.“

Die vorstehende, in der Weserzeitung von einem langjährigen Freunde des Verstorbenen, Herrn Joh. Müller, veröffentlichte Schilderung, welche wir ob ihrer schlichten, tiefempfundenen und ergreifenden Darstellung wortgetreu zum Abdruck gebracht haben, wird die Fachcollegen Max Schaeffer's auf das Traurigste berühren. Denn er war unserer Besten einer, und das grausige Geschick, das ihn in vollster Manneskraft den Seinen und der Wissenschaft viel zu früh entrissen hat, ist erschütternd in seiner Tragik. Aber es wirkt auch erhebend und muss der tiefgebeugten Familie zum Troste gereichen, wenn man sieht, mit welchem Mannesmuthe unser wackerer College seinem furchtbaren Schicksal ins Auge sah, und wie die Eigenschaften, die ihn seinen Freunden so werth gemacht hatten: ruhige Entschlossenheit, Ueberlegung, warmes Empfinden, Besonnenheit, Zuverlässigkeit noch Angesichts des sicheren Todes sich bewährten. Es ist ein stolzes Erbtheil, das er seinen Kindern hinterlassen hat!

Der äussere Lebensgang des Verstorbenen war kein vielbewegter. Als Sohn eines Arztes 1846 in Affing in Bayern geboren, besuchte Max Schaeffer das Gymnasium in Ansbach, studirte in Erlangen und Tübingen, und bestand sein Doctorexamen in Würzburg 1869, die Staatsprüfung in München. Nachdem er den Feldzug 1870/71 mitgemacht hatte, liess er sich zunächst 1873 in Burgbernheim in Baiern als praktischer Arzt nieder, studirte nach dem Tode seiner ersten Frau unser Specialfach bei Victor v. Bruns in Tübingen und bei L. v. Schroetter in Wien, und etablirte sich dann 1874 als Specialarzt für Hals- und Nasenkrankheiten in Bremen, wo er sich im Jahre 1875 zum zweiten Male verheirathete. Neben seiner tiefgebeugten Wittwe, der wir vorstehende Mittheilungen verdanken, trauern sechs Kinder an seiner Bahre.

Literarisch war Schaeffer ungemein thätig, wie aus dem folgenden Verzeichniss seiner Schriften hervorgeht, welches sein Schwiegersohn, Herr Dr. Georg Schotte uns auf unsere Bitte übersandt hat. Sein Sinn war in erster Linie auf das Praktische gerichtet, und die

Erfahrungen des bewährten Forschers wurden stets achtungsvoll von seinen Specialcollegen entgegengenommen und gern gelesen. Ganz besonders verdient hat sich Schaeffer um unsere Kenntniss von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, namentlich der Keilbeinhöhle, gemacht. Hier gehörte er zu den ersten Pionieren, und förderte bei dem allseitigen Vertrauen, das seine Angaben verdientermaassen genossen, die Diagnose wie die Therapie dieser bis zu seinen Mittheilungen fast unbekannt gewesenen Leiden aufs Wesentlichste.

Wenn wir seine trauernde Familie des innigsten Beileids aller Laryngologen und Rhinologen versichern, so dürfen wir hinzusetzen, dass dem in so tragischer Weise Heimgegangenen ein ehrendes Andenken in den Annalen seiner Specialwissenschaft gesichert bleibt.

Felix Semon.

Originalartikel von Dr. Max Schaeffer.

1. Zwei Fälle von Asthma und ihre Heilung. Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 12. 1875.
2. Laryngoskopische Mittheilungen: 1 Fall geheilter Stimmbandzerreissung, 1 Fall von Ersatz des zerstörten wahren Stimmbandes durch das entsprechende falsche. Ebenda. No. 9. 1876.
3. Lithiasis praeputii. Ebenda. No. 12. 1876.
4. Ueber Perichondritis laryngea tuberculosa mit 1 Abbildung. Ebenda. No. 42, 43, 44. 1876.
5. Beitrag zur Casuistik der Laryngeo-tracheal-Tumoren. Ebenda. No. 29. 1877.
6. Operation eines Larynxpolypen nach der neuen Methode Prof. Dr. Voltolini's. Ebenda. No. 52. 1878.
7. Phonetische Paralyse. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 8. 1880.
8. Ein neues einfaches Laryngoskop mit 1 Abbildung. Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. 1880.
9. Operation eines festen fibrösen Larynxpolypen mit Zuhilfenahme der von Prof. Voltolini angegebenen Methode mit 2 Abbildungen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 1. 1879.
10. Zur Behandlung der Larynxstenosen bei Perichondritis laryngea. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1879.
11. Laryngoskopischer Befund bei Croup. Centralzeitung für Kinderheilkunde. No. 15. 1879.
12. Zur Operation der adenoiden Vegetationen. Monatsschr. für Ohrenheilkunde. No. 7. 1879.
13. Asthma und seine Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. No. 32, 33. 1879.

14. Ozaena. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 4. 1881.
15. Kehlkopfpolypenoperationen mittels Schwammes. Ebenda. No. 8. 1881.
16. Naevus der Mund-Larynxschleimhaut. Ebenda. No. 11. 1881.
17. Aus der Praxis. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. 1882.
    1. Ranula.
    2. Othaematom.
    3. Retentionsgeschwulst der Glandula submaxillaris sinistra.
18. Nasenpolypen. Ebenda. No. 23. 1882.
19. Zur Jodoformfrage. Ebenda. No. 30. 1882.
20. Aus der Praxis. Ebenda. No. 2. 1883.
    1. Acutes Kehlkopfödem.
    2. Schleimhautriss der Incisura interarytaenoidea.
    3. Laryngitis haemorrhagica.
    4. Laryngitis phlegmonosa mit circumscripter Abscessbildung.
    5. Spasmus glottidis.
    6. Behinderung des Trinkens durch einen Kehlkopfpolypen.
    7. Kehlkopfpolypen bei einem Sänger.
    8. Zahnbildung in der Nasenhöhle.
21. Zur Diagnose der Lungentuberculose. Ebenda. No. 21, 22, 23. 1883.
22. Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior recurrens. Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1884.
23. Aluminium acetico-tartaricum. Aluminium acetico glycerinatum siccum. Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1885.
24. Ebendasselbe französisch im Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie 1885.
25. Chirurgische Erfahrungen mit Abbildungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden. Bergmann. 1885.
26. Rhinologische Mittheilungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11. 1886.
    1. Epistaxis.
    2. Schleimpolypen in der rechten Oberkieferhöhle.
    3. Cyste der Nasenschleimhaut.
    4. Adenoide Vegetationen im Recessus pharyngeus s. fossa Rosenmülleri.
    5. Aphonie als Reflexneurose von der Nase ausgehend.
    6. Rachenhusten.
27. Aneurysma der Arteria anonyma. Ebenda. No. 1. 1887.
28. Tuberkeltumor im Larynx.
29. Tuberkelgeschwülste der Nase. Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 15. 1887.
30. Die locale Behandlung der Erkrankungen der Trachea und Bronchien. Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 4. 1887.
31. Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea. Ebenda. No. 8. 1888.
32. Kehlkopfentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. Deutsche med. Wochenschr. No. 10. 1890.
33. Fremdkörper im Larynx mit 3 Abbildungen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1890.

34. Larynx-Carcinom mit 3 Abbildungen. Deutsche med. Wochenschr. No. 28. 1890.
35. Zur Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme des Sinus maxillaris. Ebenda. No. 41. 1891.
36. Ueber das Curettement des Larynx nach Heryng. Therapeut. Monatshefte. October 1890.
37. Abscesse der Nasenscheidewand. Ebenda. October 1891.
38. Aus der Praxis. Nasenleiden und Reflexneurosen. Deutsche med. Wochenschrift. No. 23, 24. 1884.
39. Fein krystallisirtes Jodol für Insufflationen in der rhinologischen Praxis. Therapeutische Monatshefte. Juni 1889.
40. Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1890.
41. Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 7. 1892.
42. Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1892.
43. Geheilte Kehlkopffractur. Ebenda. No. 47. 1893.
44. Fremdkörper in den Luftwegen. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Dr. Paul Heymann. Wien 1898.
45. Therapeutische Notiz über Menthol-Jodol. Therapeut. Monatsh. Sept. 1898.

Ausserdem 71 Referate und Kritiken.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente etc.

1) **Jacob Gugenheim** (Nürnberg). **Zwei Fälle von angeborener vollständiger Halsfistel.**

Die beiden Fälle betreffen ein Brüderpaar. Die innere Fistelöffnung liegt bei beiden an derselben Stelle in der Tonsillarbucht, die äussere an verschiedenen Stellen, einmal am inneren Rande des Sternocleidomastoideus genau in der Mitte zwischen Kieferwinkel und oberen Schildknorpelrand, beim zweiten Falle 3 cm oberhalb des Supraclaviculargelenks in der Mitte zwischen äusserem und innerem Rand des Sternocleidomastoideus.

F. KLEMPERER.

2) **J. M. Ingersoll. Einige Ursachen und Wirkungen der Mundathmung. (Some of the causes and effects of mouth breathing.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

3) **Pollak. Einige neue Medicamente in der Phthiseotherapie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1900.*

Von Duotal (Guajacolum carbonic. puriss.) sah P. auf Husten, Auswurf, Athemnoth und sonstige Beschwerden der Phthisiker keinen nennenswerthen Einfluss, ebensowenig auf den objectiven Befund.

Pyramidon, ein Antipyrinderivat bewährte sich als Antifebrinum sehr gut. —

Ueber die Wirkung der Heroinum hydrochloricum, ein Diessigsäureester des Morphins spricht sich P. sehr lobend aus, indem es schon in einer Dosis von 0,005 g ein prompt wirkendes, hustenstillendes Mittel ist. — Auch konnte P. keine unangenehmen Nebnnwirkungen bei Verabreichung dieses Präparates wahrnehmen.

CHIARI.

4) **A. Goldmann** (Wien). **Sirolin als Heilmittel und als Prophylacticum bei Erkrankungen der Athmungsorgane.** *Wiener med. Presse. No. 13 u. 14. 1900.*

Angeblich gute Erfolge. — Die Nachtschweisse der Phthisiker werden gemildert, das Mittel wirkt ferner hustenlindernd und appetitanregend. — Sirolin ist ein 10 proc. Thiocolorangensyrup.

CHIARI.

5) **Goldmann** (Wien). **Die Erkrankungen der Luftwege und ihre Behandlung mit „Pertussin Taeschner“.** *Wiener med. Blätter. No. 17. 1900.*

G. lobt das Mittel in seiner krampflindernden und schleimlösenden Wirkung 4—5 Kaffee- bis Esslöffel täglich.

CHIARI.

6) **Hoff** (Wien). **Die therapeutische Nutzanwendung des Dionin.** *Aerztl. Central-Anzeiger. No. 31. 1899.*

H. konnte besonders bei Phthisikern recht gute Erfolge von Dionin constatiren. — Es wirkte hustenstillend und steigert den Appetit. — H. wendet es gern nach folgendem Recept an:

Rp. Chinin. mur.
Natr. bicarb. ana 2,0
Dionini 0,2—0,3.
M. E. D. f. pulv. No. X.
S. 3mal täglich 1 Pulver.

CHIARI.

7) **Stella. Protargol bei der Behandlung von Nasen-, Rachen- und Kehlkopfaffectionen. (Protargol in the treatment of affections of the nose, pharynx and larynx.)** *International Medical Magazine. Januar 1900.*

Tägliche Spülung der Nase mit 10 proc. Lösung ergab bei acuter eitriger Rhinitis mit oder ohne Pseudomembranen vortreffliche Resultate. Auch bei chronischer Laryngitis, bei Sängerknötchen und Pachydermien erwies sich das Mittel als nützlich; nur verursacht es bei der Application leicht Glottisspasmus.

EMIL MAYER.

8) **Herz** (Antwerpen). **Ueber acute Cocainvergiftung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1900.*

Die Intoxicationserscheinungen stellten sich nach endolaryngealer Einsprit-

zung von 0,3 g Cocain ein. — In diesem Falle fehlten zwei constant angegebene Symptome: Gesichtsblässe und Uebelkeit.

CHIARI.

9) **T. Heryng. Ueber den therapeutischen Werth des Pharynx- und Larynx-Gurgelns. (O wartosci leczniczej ptohan gardzieli i krtani.)** *Czasopismo lekarskie. No. 1. 1900.*

Nachdem Verf. die Technik des Gurgelns und besonders des Kehlkopfgurgelns (nach Guinier) beschrieben hat, resumirt er seine Ansicht über den therapeutischen Werth des Gurgelns in folgenden Sätzen. Das Gurgeln erzielt die:

1. Berieselung und Erweichung der Schleimhaut durch das medicamentöse Mittel.

2. Verhinderung der Secretstagnation, wobei die Wirkung der Pharyngolaryngealmusculatur in Frage kommt.

3. Abhärtung der Schleimhaut des oberen Theiles und Respirationstractus.

4. Eine prophylactische und pharmacodynamische Wirkung durch die im Gurgelwasser enthaltenen Mittel.

Sämmtliche Gurgelmittel theilt Verf. in folgende Gruppen:

1. Antiseptische, 2. antispasmodische und narkotische, 3. adstringirende, und 4. resolvirende.

A. v. SOKOLOWSKI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **H. Preysing** (Rostock). **Tuberculom der Nasenscheidewand.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 32.*

Eine als Schnupfen einsetzende Erkrankung bei einem früher an Knochentuberculose kranken, aber zur Zeit gesunden und kräftigen Individuum; vereinzelter tuberculöser Tumor an der Nasenscheidewand; keine Bacillen, schnelle Heilung, Neigung zum Recidiviren und Möglichkeit einer Infection von einer tuberculösen Lymphdrüsenfistel aus durch den kratzenden Finger. — Alles Merkmale, auf die Chiari bei den von ihm zusammengestellten Fällen hingewiesen hat.

ZARNIKO.

11) **Hasslauer. Die Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. S. 60. 1900.*

Die ausführliche und lesenswerthe Studie umfasst ein Material von 281 Fällen von Tumoren der Nasenscheidewand, die sich folgendermaassen vertheilen:

81 Tuberculome,
57 blutende Septumpolypen,
35 Warzengeschwülste und zwar 20 harte und 15 weiche Papillome,
30 Fälle von Fibroma oedematosum,
26 Syphilome, Gummata etc.,
16 polypoide Hyperplasie,
9 Fibrome,
6 Myxome,

4 Adenome,
4 Enchondrome,
3 Cysten,
10 vereinzelt beobachtete Geschwulstformen (Naevus pigmentosus, Lipom, Granulationspolyp etc.).

F. KLEMPERER.

12) **Antonio Reale. Ueber ein Papillom der Regio vestibularis der Nase. (Su di un papilloma della regione del naso.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. April 1900.*

Bericht über einen im rechten Vestibulum nasi sitzenden Tumor, der nach der Beschreibung und den beigegebenen Abbildungen ein Papillom ist. Verf. hebt die Aehnlichkeit des Tumors mit einem Condyloma acuminatum hervor, und da es ihm gelungen ist, zu ermitteln, dass Patient einige Monat vor Entstehung des Nasentumors Condylomata acuminata an den Genitalien hatte, so glaubt er an die Möglichkeit einer Auto-Inoculation, eine Hypothese, der gegenüber man sich wohl kaum skeptisch genug verhalten kann.

G. FINDER.

13) **W. E. Casselberry. Das intranasale Angiom: der blutende Septumpolyp. (Intranasal angioma: bleeding polypus of the septum.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

Der Septumpolyp sitzt an verschiedenen Stellen, stets am vorderen Theile der Nasenscheidewand, öfters an der Basis. Er ist erbsen- bis haselnussgross; grössere Tumoren sind sehr verdächtig auf Sarcom. Die Oberfläche ist gebuckeltt oder gefurcht, kann aber auch glatt sein; die Farbe ist dunkelblau oder roth; der Stiel schmal oder breit. Die Hauptsymptome sind Nasenverstopfung und Nasenbluten. Frauen sind im Verhältniss von 3:1 häufiger betroffen als Männer. Nach gründlicher Entfernung zeigt der Septumpolyp wenig Neigung zum Recidiv. Sarcom muss durch genaue mikroskopische Untersuchung ausgeschlossen werdeu.

EMIL MAYER.

14) **R. Sinolencki. Ein Fall von Neubildungen in der Nase. (Nowotwów jam nosowych.)** *Pamietnik Towarzystwa lekarskiego. Z. I. 1900.*

Es handelt sich um einen 36jährigen Patienten, bei welchem Verschluss der Nase durch ungewöhnlich grosse und multiple Polypen seit einigen Jahren bestand.

A. v. SOKOLOWSKI.

15) **A. C. Mukherji. Ein Fall von enormem Nasen- und Postnasal-Polyp: Lähmung und Tod. (A case of enormous nasal and postnasal polypus: paralysis and death.)** *N. Y. Medical Record. 27. Januar 1900.*

Der Fall betrifft einen jungen Mohammedaner, der die Operation verweigerte. Derselbe starb offenbar in Folge des Druckes, den die Geschwulstmasse auf das Gehirn ausübte. Die Natur des Tumors ist nicht festgestellt; stellenweise war derselbe knorplig.

LEFFERTS.

16) **Ol. Barrago-Ciarella. Ueber den nicht seltenen Befund von Blastomyceten bei Schleimpolypen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 489. 1900.*

Verf. schildert eigenartige Gebilde, die er mehrfach in Nasenpolypen fand.

Er hält sie für Parasiten, ohne indess ihre parasitäre Natur zu erweisen. Ob er ihnen eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Polypen zuschreibt, ist aus dem etwas fremdartigen Deutsch der Arbeit nicht klar zu erkennen. Die Färbung der Gebilde ist näher beschrieben, ihr Aussehen durch eine colorirte Tafel illustrirt.

F. KLEMPERER.

17) **H. W. Loeb. Entfernung von 107 Polypen in einer Sitzung. (Removal of 107 polypi in one sitting.)** *St. Louis Courier of Medicine. Januar 1900.*

Die Polypen, die mit der Loeb'schen elektrischen Glühschlinge aus beiden Nasenseiten entfernt wurden, wogen zusammen 70 g und nahmen 60 ccm Raum ein. Bei der ganzen Procedur floss kaum 1—2 Esslöffel Blut. Unmittelbar danach wurde die linke mittlere Muschel entfernt und die Siebbeinhöhle curettirt. Die Heilung verlief ohne Entzündungserscheinungen.

EMIL MAYER.

18) **J. E. Newcomb. Knöcherne Cyste der mittleren Muschel. (Bony cyst of the middle turbinate.)** *Laryngoscope. Januar 1900.*

Die Cyste ist aus der Nase eines Mannes exstirpirt, dem vor einigen Jahren Polypen entfernt worden sind.

EMIL MAYER.

19) **Thos. J. Harris. Adenom der Nase. (Adenoma of the nose.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Die anatomische Diagnose lautete auf reines Adenom mit Verdacht auf Malignität. H. entschloss sich deshalb zur Radicaloperation. Die Nase wurde nach links übergeklappt und dadurch freier Zugang zur Nasenhöhle geschaffen; es ergab sich, dass die Geschwulst beiderseits in das Siebbein, in die Keilbein- und die Kieferhöhlen hinein sich erstreckte. Die Stirnbeinhöhlen scheinen nicht afficirt zu sein. Der Pat. konnte am 8. Tage nach der Operation das Hospital verlassen und ist bisher ohne Recidiv geblieben. Da das Septum ganz von der Geschwulst ergriffen war, musste es entfernt werden. Die Blutung war sehr stark, liess sich aber durch Gazetampons stillen.

EMIL MAYER.

20) **Róna** (Budapest). **Ueber Rhinosclerom.** *Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis. 49. Bd. S. 265.*

R. constatirt, dass mindestens 21 Fälle sicheren Rhinoscleroms aus Ungarn stammen, so dass dieses Land den vierten Platz (Russland, Oesterreich, Mittelamerika, Ungarn) unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms einnimmt. — Das eigentliche Rhinoscleromgebiet ist nach den Untersuchungen das mittlere Ungarn. — Ferner giebt R. an, dass von seinen beobachteten Fällen:

1. in einem Falle das Rhinosclerom von einer höhergradigen regionären Lymphdrüsenschwellung begleitet war;
2. dass die mikroskopische Untersuchung dieser Lymphdrüsen einen subacuten entzündlichen Process gezeigt hat;
3. dass diese Lymphdrüsen eine Lymphe enthalten haben, welche üppige Sclerombacillenculturen ergaben;

4. dass Nährböden, welche mit der Lymphe und mit dem Blute aus der gesunden Nachbarschaft des Rhinoscleromgebietes beschickt wurden, steril blieben.

5. ebenso blieben die Culturböden steril, die mit venösem Blute geimpft wurden.

6. die hämatologische Untersuchung des Blutes ergab keine Veränderungen desselben.

7. Die Autoinoculation hat mindestens nach Monaten kein Zeichen des Haftens gegeben.

CHIARI.

21) **P. H. Gerber. Ueber das Sclerom, insbesondere in Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 347. 1900.*

G. berichtet über 10 Fälle, von denen nur einer ein typisches Rhinosclerom in altem Sinne darstellt, die übrigen 9 in der Nase keine oder nur unwesentliche Veränderungen und die eigentliche Localisation der Krankheit im Kehlkopf zeigten. In 6 Fällen bestanden die gewöhnlichen subglottischen Wülste, in 3 eine vorwiegend supraglottische Stenose durch Infiltration der Taschenbänder. Die Diagnose wurde in der Mehrzahl der Fälle durch die histologische und bacteriologische Untersuchung gesichert. 5 Fälle stammen aus Ostpreussen, 4 aus Russisch-Polen.

G. hält das Sclerom der Athemwege für „eine nicht so seltene, wie es scheint, sich ausbreitende Infectionskrankheit, gegen die prophylactische Maassnahmen geboten sein werden.“ Die Verschiedenartigkeit der von den verschiedenen Autoren publicirten Fälle erklärt G. durch stufenweise Abschwächung des Krankheitsvirus, die vielleicht mit den geographischen Verhältnissen zusammenhängt, mit der zunehmenden Entfernung von den eigentlichen Herden der Krankheit.

F. KLEMPERER.

22) **Alexander Baurowicz. Das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. X. 3. S. 363. 1900.*

Die gründliche klinische Studie B.'s über die in Galizien endemische Krankheit eignet sich nicht zum kurzen Referat; es sei auf das Original verwiesen.

F. KLEMPERER.

23) **Lehrmann** (Bischofstein). **Ein Fall von Rhinosclerom durch Carcinom complicirt.** Dissert. Freiburg 1900.

Ein 45jähriger Handelsmann aus dem Gouvernement Kowno in Russland kam zu Gerber in Königsberg in Behandlung wegen Störung der Nasenathmung. Die Untersuchung ergab Rhinosclerom (Nase und Pharynx) und Plattenepithelkrebs des Zahnfleisches. Die Complication des Rhinoscleroms mit Carcinom war offenbar nur eine zufällige, denn es konnte an den vom Alveolarfortsatze des Oberkiefers herrührende Tumormassen keine irgendwie auf Rhinosclerom hinweisende Momente entdeckt werden.

SEIFERT.

24) **Konzert** (Innsbruck). **Carcinom der Nase.** Wissenschaftl. Aerzte-Gesellsch. in Innsbruck, Sitzung vom 2. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 7. 1900.*

Demonstration eines 72jährigen Mannes mit fungösem Carcinom der äusseren

Nase. — Die ersten, mit dem Gefriermikrotom hergestellten Schnitte liessen histologisch die Diagnose zwischen perivasculärem Sarcom und Adenocarcinom nicht genau feststellen.

CHIARI.

25) **G. Scheff** (Wien). **Ueber die Beziehungen der Nasen- zu den Augenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Thränennasencanals.** *Wiener med. Wochenschr. 1899. No. 52. 1900. No. 1.*

Vortrag, gehalten in der Wiener laryngol. Gesellschaft am 6. April 1899. Siehe Bericht dieser Gesellschaft.

CHIARI.

26) **Gerber** (Königsberg). **Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschr. 11. 1900.*

Verf. hält die Durchleuchtung der Kiefer- und der Stirnhöhlen für eine sehr schätzenswerthe diagnostische Hülfe. Will man einen Vergleich zwischen beiden Stirnhöhlen desselben Individuums anstellen, so empfiehlt es sich, sie nicht nacheinander, sondern gleichzeitig unter gleichen Bedingungen zu durchleuchten. Das geschieht, indem man zwei Diaphanoskope aufsetzt, die entweder unabhängig von einander, oder, wie beim Instrument des Verf.'s auf einem Gestell nach allen Richtungen beweglich und verstellbar angeordnet sind. — An einer Reihe von Krankheitsfällen sucht Verf. die Brauchbarkeit jenes Verfahrens plausibel zu machen.

ZARNIKO.

27) **Lang** (Wien). **Stirnbeinsequester.** Wiener dermatol. Gesellsch., Sitzung vom 6. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1900.*

Demonstration eines 10 cm langen und 6 cm breiten Sequesters des linken Stirnbeines, wobei die luetische Nekrose auch die Lamina vitrea in einer Ausdehnung von 6 cm^2 erfasst hatte, so dass an dieser Stelle deutlich die Pulsation des Gehirns wahrnehmbar ist.

CHIARI.

28) **P. L. Pelaez Villegas. Die Anatomie der Ethmoidalzellen. (Anatomy of the ethmoidal cells.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1900.*

V. sagt, dass die Anordnung der Ethmoidalzellen eine sehr wechselnde ist und daher auch die Topographie der zu den verschiedenen Nebenhöhlen führenden Eingangsöffnungen keine reguläre. Er schlägt vor, die bisherige Eintheilung der Siebbeinzellen in vordere und hintere fallen zu lassen.

LEFFERTS.

29) **M. Moszkowski. Nachweis von Influenzabacillen im Eiter eines acuten Empyems der Highmorshöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 336. 1900.*

Die Influenzabacillen wurden aus Eiter gezüchtet, der aus dem mittleren Nasengang entnommen war. Für den Zusammenhang zwischen Influenza und Empyem, der allgemein anerkannt ist, fehlte, wie M. angiebt, bisher der directe bacteriologische Nachweis.

F. KLEMPERER.

30) **F. H. Boucher. Nasennebenhöhlen- und Mittelohrcomplicationen bei Grippe. (Nasal accessory sinus and middle-ear complications of la Grippe.)** *Jowa Medical Journal. März 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

31) **S. Hercog** (Agram). **Ein Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des acuten Empyems der Highmorshöhle.** *Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. No. 2. 1900.*

Für den Specialisten nichts Neues.

CHIARI.

32) **W. Wroblewski. Das acute Kieferhöhlenempyem. (Empyema antri Highmori acutum.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 1. S. 52. 1900.*

W. giebt die Krankengeschichten von 5 Fällen von acutem Kieferhöhlenempyem und bespricht die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieses Leidens. Die Probepunction, die Avellis zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken empfiehlt, hält er nicht für nothwendig. Für die Diagnose erscheint ihm die Durchleuchtung als ausschlaggebend. Und therapeutisch ist er in allen Fällen mit warmen Umschlägen auf Kopf und Gesicht, event. Jodkali innerlich und entsprechender Allgemeinbehandlung (Bettruhe, Antipyretica und Diaphoretica) zum Ziele gelangt. Die Heilung des acuten Empyems der Highmorshöhle ist eine Selbstheilung. W. schliesst seine Mittheilung mit der berechtigten Mahnung, die specialistischen Handgriffe nicht überall anzuwenden, wo sich die Gelegenheit bietet, sondern nur da, wo man ohne dieselben nicht auskommen kann, „vor allem Aerzte und erst dann Specialisten" zu sein.

F. KLEMPERER.

33) **G. Avellis. Der Ausgang des acuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. S. 271. 1900.*

A. steht bezüglich der Behandlung des acuten Kieferhöhlenempyems im Wesentlichen jetzt auf demselben Standpunkt, wie Wroblewski. Er erkennt an, dass acute, sogar sehr stürmisch auftretende Kieferhöhlenempyeme in der Regel spontan ausheilen und er hat „in den letzten Jahren von der Sicherung der Diagnose durch Probeausspülungen viel öfters als früher Abstand genommen". Dagegen giebt es nach A. eine ganz bestimmte Art von Empyemen, bei denen eine einmalige Ausspülung nöthig ist und zur Heilung führt. Das sind die käsigen Empyeme, von denen Avellis 3 Fälle beobachtet hat. Der Eiter des acuten Empyems ist zum Theil eingedickt, verkäst und wirkt nach Ablauf der primären Entzündung, wie ein Fremdkörper, reizend, secretionsanregend. Avellis spricht von „Fremdkörperempyemen", „Eiterrestempyemen". Diese Eiterung hört in derartigen Fällen sofort auf, sobald durch die erste Ausspülung der Eiterrest entfernt ist.

F. KLEMPERER.

34) **Sargent F. Snow. Cephalagra und Tic douloureux infolge von Nebenhöhlenerkrankung. (Cephalagra and tic douloureux from accessory sinus affection.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1900.*

S. beschäftigt sich mit den intensiveren Formen von Kopfschmerz und ist der Meinung, dass dieselben in 75 pCt. der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen sind.

EMIL MAYER.

35) **Robert Milligan. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of the maxillary sinus.)** *Pacific Medical Journal. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

36) **Warnecke. 11 Fälle von chronischem Empyem des Antrum Highmori geheilt durch Behandlung vom unteren Nasengang nach der Methode von H. Krause-Friedländer.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. S. 255. 1900.*

Die 11 Fälle wurden von W. auf der Berliner Universitäts-Ohrenklinik beobachtet und nach der obengenannten Methode behandelt. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitt 25 Tage. Der Verf. schliesst seine Mittheilung mit den Worten von Jurasz, dem das Krause-Friedländer'sche Verfahren „als ein sehr leicht ausführbares und am meisten zweckmässiges erschien".

F. KLEMPERER.

37) **J. Tommasi. Die Krause'sche Methode zur Behandlung chronischer Oberkieferhöhlen-Empyeme. (Metodo di Krause nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore.)** *Arch. di Laringologia. April 1900.*

Bericht über 5 Fälle von chronischem Empyem des Sinus maxillaris, die nach Krause vom unteren Nasengang aus eröffnet und dann mit Jodoform und Nosophen behandelt worden sind. Resultat: 3 Fälle geheilt, 2 gebessert. Verf. hält es für gerathen, vor Anwendung radicaler Operationsmethoden zu versuchen, ob man nicht mittels einfacherer Mittel — und ein solches ist nach seiner Ansicht die Krause'sche Methode — Dauerheilung erzielen kann.

G. FINDER.

38) **Paul J. Dombrowski. Einige diagnostische und therapeutische Bemerkungen über chronischen Nasenausfluss. (Some diagnostic and therapeutic remarks concerning chronic nasal discharge.)** *The Medical Standard. Januar 1900.*

Verf. beschreibt die Methode der Probepunction der verschiedenen Nasennebenhöhlen.

EMIL MAYER.

39) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Die eitrige Entzündung der Schädelhöhlen. (De etterige ontsteking der schedelholten.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II: No. 9. 1900.*

Demonstration von Patienten, die wegen Empyem der Nasennebenhöhlen operirt worden sind. Nach einem Ueberblick über die Symptomatologie dieser Eiterungen beschreibt M. die von ihm bevorzugten Operationsmethoden. Die Kieferhöhle operirt er nach Luc, mit Zuhülfenahme des Electromotor. Auch die Stirnhöhle operirt er nach Luc, macht aber den Hautschnitt genau in der Augenbraue und verlängert denselben nicht nach dem Nasenrücken hin. Von dem vorderen Rand wird nur ein kleiner zur Auskratzung der Höhle genügender Theil weggenommen; von der unteren Wand entfernt er soviel, dass die vordere Siebbeinzelle leicht zu erreichen ist. Von da aus geht er in die weiteren Siebbeinzellen, event. in die Sphenoidhöhle. Es folgt Aetzung mit Chlorzink 5 pCt., Jodoformgazetamponade nach der Nase hin. Hauptsache ist die Herstellung einer

möglichst grossen Verbindung mit der Nase. Die Hautwunde wird primär geschlossen.

Es wurden sechs, wegen verschiedener Empyemen operirte Patientinnen demonstrirt.

In der Discussion meint Herr Burger, dass die Operationsmethode für die Stirnhöhle, wo eine so kleine Oeffnung gemacht und die Wunde primär wieder vernäht wird, keine grosse Garantie für eine radicale Heilung ergiebt.

H. BURGER.

40) H. J. L. Struycken (Breda). **Neubildungen der Highmorshöhle. (Nieuwvormingen van het antrum Highmori.)** *Med. Weekblad. 10. März 1900.*

S. beschreibt:

a) einen Fall von schnell wachsendem Krebs der Kieferhöhle, der anfänglich als ein einfaches Empyem imponirte, bei einer 62jährigen Frau;

b) ein chronisches Kieferhöhlenempyem bei einem Mann, 50 Jahre alt, welches zu einer granulären Degeneration des Proc. alveolaris geführt hatte. Diese blumenkohlartigen Geschwülste waren ebenso wie die Granulationen, welche bei der Luc'schen Operation aus der Kieferhöhle entfernt wurden, nicht von carcinomatöser Natur;

c) ein Fall von Oberkiefercarcinom, welches dem Falle b sehr ähnlich sah; nur wurde durch das Mikroskop die carcinomatöse Natur der Granulationen nachgewiesen. Vorläufige Heilung nach Kieferresection durch Trauté;

d) ein zellenreiches Fibrom, resp. Sarcom bei einer jungen Frau, von der Schädelbasis ausgehend und anfänglich ein Empyema antri Highmori vortäuschend.

S. betont die Nothwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung, weil es klinisch nicht möglich sei, zwischen chronischem Empyem mit Knochenusur und von der Schleimhaut der Kieferhöhle oder vom Periodontium ausgehendem Krebs zu entscheiden.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

41) **Pirera. Die Drüsen des Waldeyer'schen Schlundringes, speciell die Gaumentonsillen, betrachtet als Eingangspforte für Mikroorganismen. (Le glandole dell'anello di Waldeyer, specielmente le tonsille palatine, considerate come via d'entrata delle affezioni microbiche.)** *Arch. Ital. di Laringol. April 1900.*

Verf. hat die in letzter Zeit besonders von Goodale bearbeitete Frage von der Durchlässigkeit des Tonsillarepithels für Mikroorganismen wieder aufgenommen, die Versuche jenes jedoch in dankenswerther Weise erweitert und ergänzt. Er hat sich nämlich nicht begnügt, wie Goodale, Farbstoff in die Tonsillarlacunen einzubringen und denselben dann im Gewebe nachzuweisen, sondern er hat auch ausserdem Mikroorganismen in Reincultur auf die Tonsillen gebracht und zwar beim Menschen einen indifferenten Saprophyten (Prodigiosus), bei narkotisirten Hunden einen pathogenen Microorganismus (Staphylococcus aureus).

Das Resultat dieser Versuche war ein positives: Es fand sich, dass die Mikroorganismen noch leichter in das Tonsillargewebe eindringen, als Farbstoffpartikelchen; denn während erstere nicht weit unter dem Lacunarepithel Halt machen, dringen letztere bis in das Innere der Follikel. Das grösste Eindringungsvermögen zeigte der pathogene Mikroorganismus, der sich in weiter Verbreitung sowohl in den Follikeln als in den interfolliculären Bindegewebszügen wiederfand. Verf. glaubt, dass die Einwanderung in normale Tonsillen leichter geschieht, als bei hyperplasirten, wo das verdickte Epithel, oder bei fibrös entarteten, wo die starken Bindegewebszüge eine für die Mikroorganismen schwer überwindbare Barrière bilden.

G. FINDER.

42) **James F. Holland. Chirurgie der Tonsille. (Surgery of the tonsil.)** *New Albany Medical Herald. Januar 1900.*

Nichts von Bedeutung.

EMIL MAYER.

43) **F. J. Quinlan. Beunruhigende Blutung nach Abtragung der Mandel. (Alarming hemorrhage following the removal of the tonsil.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Die Blutung folgte der Tonsillotomie nach 2—3 Stunden. Es wurde eine Kochsalzinfusion nöthig. Pat., der erwachsen ist, wurde geheilt.

EMIL MAYER.

44) **Depangher. Ein neues Tonsillen-Compressorium. (Un nuovo compressore emostatico tonsillare.)** *Associazione Medica Triestina. Rivista Veneta. 15. Juni 1900.*

Das Instrument stellt eine Modification des von Miculicz zu demselben Zweck angegebenen dar.

G. FINDER.

45) **Edward J. Hadfield. Allgemeine Therapie der entzündlichen Affectionen des Halses. (General therapeutics of the inflammatory affections of the throat.)** *New Albany Med. Herald. März 1900.*

Verf. bespricht einige wohlbekannte Mittel und Methoden. Von der eitrigen Tonsillitis sagt er, dass „die Mandeln auch während des entzündlichen Stadiums entfernt werden müssen".

EMIL MAYER.

46) **Dietrich** (Degow). **Eine Toxinvergiftung nach Angina parenchymatosa.** *Die ärztl. Praxis. 4. 1900.*

Eine an Angina parenchymatosa erkrankte 20jährige Patientin bekam nach dem 3. Krankheitstage an mehreren Tagen hintereinander Krampfanfälle, die D. durch Intoxication mit Toxinen in ursächlichen Zusammenhang bringt.

SEIFERT.

47) **W. J. Class. Scharlach und Scharlachangina. (Scarlatina; scarlatinous sore throat.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Februar 1900.*

Verf., der über 300 Scharlachfälle verfügt, hält den „Diplococcus scarlatinae" für den specifischen Erreger des Scharlachs. Er berichtet über die Untersuchungen, die seiner Anschauung zu Grunde liegen, im einzelnen.

EMIL MAYER.

48) **Adolph O. Pfingst. Phlegmonöse Angina bei Kindern. (Quinsy in children.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. März 1900.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, die bei Kindern von 6 resp. 8 Jahren zur Beobachtung kamen.

EMIL MAYER.

49) **Albert Katz. Zwei sehr seltene Formen von phlegmonöser Angina bei Kindern. (Two very rare varities of phlegmonous angina in infants.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

Fall 1 war ein Abscess an der Spitze der Uvula mit allen Zeichen eines Retropharyngealabscesses, intensiver Dyphagie, Dyspnoe in paroxysmalen Anfällen etc. Alle Symptome wurden durch Incision prompt beseitigt.

Fall 2 ist eine peritonsilläre phlegmonöse Entzündung bei einem 8jährigen Knaben. Die Anfälle von Dyspnoe waren erschreckend schwer. Die Literatur enthält keinen ähnlichen Fall.

LEFFERTS.

50) **G. C. Gage. Acuter Rachenabscess. (Acute pharyngeal abscess.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Vol. VIII. 1900.*

Verf. sah einen tödtlich endigenden Fall, von dem er annimmt, dass der Exitus durch eine Erosion der Carotiswand verursacht wurde. Er empfiehlt den Gebrauch eines Aspirationstroicarts. Derselbe ist, soweit ersichtlich, bisher noch nicht benutzt worden, sein praktischer Werth bleibt also noch zu erweisen.

EMIL MAYER.

51) **D. C. Brown. Die Vortheile des Sprays bei der Behandlung pseudomembranöser Rachenaffectionen. (The advantages of the spray in pseudomembranes of the pharynx.)** *New England Medical Monthly. Januar 1900.*

B. behandelt mit dem Formalinspray und ist von der Wirkung dieser Therapie so überzeugt, dass er bei Diphtherie das Serum nicht nöthig zu haben erklärt.

EMIL MAYER.

52) **Grazzi. Eine neue Methode zur Behandlung chronisch catarrhalischer Entzündung. (A new method of treatment of chronic catarrhal inflammation.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Januar 1900.*

Bei chronischer Pharyngitis von granulärem oder folliculärem Typus reibt G. mit einem glatten Metallrad oder einer Rolle über die Rachenwand. Die Circulation in Blut- und Lymphgefässen wird angeregt und die Granulationen sollen verschwinden. (H. Knapp [New York] empfahl vor 3 Jahren einen ganz ähnlichen Apparat; er folgte dabei dem Princip des Curettements und der Expression, das ich selbst vor 5 Jahren aufgestellt habe. Ref.)

EMIL MAYER.

53) **W. Freudenthal. Eine eigenthümliche Form von Fistel des Rachens. (A peculiar form of fistula of the pharynx.)** *Medical Review. 31. März 1900.*

Die Fistel stand im Zusammenhang mit einem Empyem der Kiefer-, Siebbein- und Stirnhöhlen.

EMIL MAYER.

54) **W. Schwartz** (Rostock). **Behaarter Rachenpolyp.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkd. No. 32.*

Bei einem 3jährigen Kinde mit den Symptomen von adenoiden Vegetationen wird statt dieser ein haselnussgrosses auf der Hinterwand des weichen Gaumens linkerseits an dünnem Stiele festsitzender Polyp gefunden. Entfernung mit der kalten Schlinge. Die Geschwulst erweist sich als ein „behaarter Rachenpolyp", mikroskopisch als ein mit Cutis bedecktes Lipom ohne Knorpelgehalt. — Warnung davor, auf die blossen Symptome der adenoiden Vegetationen mit dem dafür bestimmten Instrument einzugehen, ohne vorher die Diagnose genau gesichert zu haben.

ZARNIKO.

55) **Gordon King. Tumor des Rachens. (Tumor of pharynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 3. März 1900.*

12jähriger Knabe hat einen Tumor, der vom Rachengewölbe und dem hinteren Rande des Vomer entspringend an die Tuberositas maxillae superioris und an den weichen Gaumen links sich anlegt. Die beständige Fiebertemperatur des Knaben, seine vorschreitende Abmagerung und die trommelschlägerförmige Verdickung der Fingerenden legt die Diagnose auf tuberculöses Granulom nahe. Die Geschwulst blutet leicht bei der Palpation.

EMIL MAYER.

56) **A. Esquerdo** (Barcelona). **Die latenten Epitheliome des Rachens und die ganglionären Epitheliome der Carotisgegend. (Los epiteliomas latentes de la faringe y los epiteliomas ganglionares de la region carotidea.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. No. 4 u. 5. 1900.*

Verf. stellt eingehende interessante Betrachtungen an hinsichtlich der Schwierigkeit der Diagnose von epithelialen Neubildungen in ihrem Anfange, sobald jene in irgend einem Hohlraume des Schlundes ihren Sitz haben. Eine nähere Untersuchung mittelst des Laryngoscops hält er für unumgänglich nothwendig, mag es sich um eine Entzündung der Parotis, der Submaxillardrüsen oder des Kieferperiostes handeln. Hinsichtlich der Behandlung jener Neubildungen ist er insofern pessimistisch, als eine vollständige Zerstörung oder Lostrennung des epithelialen Gewebes entweder sehr schwierig erscheint oder die Wiederbildung des zerstörten bei etwa zurückgebliebenen Fällen von Neuem anfacht.

R. BOTEY.

57) **Marton. Zur Klinik des acuten Retropharyngealabscesses.** *Wiener med. Blätter. No. 5 u. 6. 1900.*

Zusammenstellung des über die Entstehung, Entwickelung, Diagnose und Therapie obigen Processes Bekannten.

CHIARI.

58) **Hauck** (Forst i. L.). **Ein Retropharyngealabscess.** *Die ärztl. Praxis. 4. 1900.*

$1^1/_2$jähriger Knabe mit Retropharyngealabscess, Incision vom Munde aus, Heilung.

SEIFERT.

59) **A. Traver** (Madrid). **Voluminöser Retropharyngealabscess; scheinbarer Tod; Heilung. (Voluminoso absceso retro-faringeo; muerte aparente; curacion.)** *Siglo Medico. No. 18. März 1900.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um ein 11monatliches Kind, bei

dem sich der Retropharyngealabscess in Folge einer eitrigen Entzündung der Halsganglien gebildet hatte. Bei der Entleerung des Eiters durch Incision gelangte trotz getroffener Vorsichtsmaassregeln eine geringe Menge Eiters in den Kehlkopf und verursachte einen Erstickungsanfall mit Stillstand der Herzschläge. Mittelst rhythmischer Traction der Zunge, künstlicher Athmung und Herzmassage gelang es erst nach $^{3}/_{4}$ Stunden das Kind ins Leben zurückzubringen. Nach einigen Tagen erfolgte vollständige Heilung. Der Fall ist interessant wegen der Folgezustände, die bei der operativen Behandlung genannter Abscesse dem Chirurgen in den Weg treten können.

R. BOTEY.

d. Diphtheritis und Croup.

60) **Kassowitz** (Wien). **Kritisches über Diphtheriebacillen und Heilserum.** *Wiener med. Wochenschr. No. 8 u. 9. 1900.*

K. vertritt abermals seinen Standpunkt, dass die sogenannten Diphtheriebacillen nicht als die Erreger der Diphtherie anzusehen sind.

CHIARI.

61) **Sir Felix Semon. Diphtheritis und Butter. (Diphtheria and butter.)** *Brit. Med. Journ. 17. März 1900.*

Ein Fall, in dem wahrscheinlich die Butter als die Infectionsquelle anzusehen ist. Aehnliche Fälle sind nicht bekannt.

ADOLPH BRONNER.

62) **H. Prip. Studien über Mischinfection bei Diphtheritis. (Studier over Blandingsinfektion ved Difteri.)** Habilitationsschrift. Kopenhagen, Verlag von Alex. Andersen. 1900. 229 Ss.

Eine Habilitationsarbeit von rein bakteriologischem Interesse.

SCHMIEGELOW.

63) **Concetti** (Rom). **Rasche Methode zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 10. 1900.*

C. ist mit Umgehung des Thierexperimentes schon nach Ablauf von 4 Std. im Stande, die sichere Diagnose zu stellen. — Der Gang der bakteriologischen Untersuchung ist verhältnissig einfach — eignet sich jedoch nicht für ein kurzes Referat.

CHIARI.

64) **F. F. Wesbrook. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie in Minnesota. (The bacteriological diagnosis of diphtheria in Minnesota.)** *St. Paul Medical Journal. April 1900.*

Die Mittheilung zerfällt in folgende Theile:

1. Die Möglichkeit, dass Diphtheriebacillen nicht nachweisbar und doch vorhanden sind.

2. Die verschiedenen Formen von Diphtheriebacillen, die gefunden wurden.

3. Das Vorkommen des Diphtheriebacillus in anscheinend gesunden Nasen und Halsorganen.

4. Gelegentliche lange Persistenz der Diphtheriebacillen.

5. Die Beseitigung der Diphtheriebacillen aus Nase und Hals.

6. Der Grad von Virulenz der gesunden Diphtheriebacillen.

EMIL MAYER.

65) **Herman B. Sheffield. Die Diphtheritis; ihre klinische Diagnose und Behandlung. (Diphtheria: remarks on clinical diagnosis and treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 30. December 1899.*

Verf. legt den Hauptnachdruck bei der Diagnose auf die klinischen Frühsymptome. Er stellt für die Differentialdiagnose folgendes Schema auf:

Membranöse diphtheritische Laryngitis.	Membranöse nicht-diphtheritische Laryngitis.
Deutlich contagiös; die Anamnese muss die Gelegenheit oder Möglichkeit der Contagion feststellen.	Nicht contagiös.
Frühe Anschwellung der Submaxillardrüsen.	Submaxillardrüsen in der Regel nicht afficirt.
Membranöse Flecken in der Regel an den Fauces und in der hinteren Nase.	Die Fauces können mit einem schleimigen Exsudat bedeckt sein; dasselbe lässt sich leicht abwischen.
Frühe Behandlung, einschliesslich der Intubation, vermag die Krankheit nicht zu coupiren und verhütet nicht den letalen Ausgang.	Frühe Behandlung ist erfolgreich.
Albuminurie meist vorhanden.	Albuminurie fehlt.

Für die Behandlung stellt Verf. folgende Leitsätze auf:

1. Die Hyperämie und die Exsudation muss eingeschränkt werden zur Verhütung von Verstopfung der Athemwege.

2. Die Diphtheriebacillen müssen möglichst frühzeitig an ihrer Eintrittsstelle zerstört werden, damit die Bildung und Resorption der Toxine in Grenzen gehalten wird.

3. Die Widerstandskraft des Patienten muss verstärkt werden; durch Medicamente sollen die Toxine paralysirt oder neutralisirt werden, damit sie nicht auf die inneren Organe ihren schädlichen Einfluss ausüben können.

4. Die Thätigkeit des Lymphsystems, der Nieren und Därme ist anzuregen behufs rascherer Ausscheidung der Gifte.

LEFFERTS.

66) **Primo Zanuttini. Einige Beobachtungen bei einer Diphtherie-Epidemie. (Alcune osservazioni sopra un'epidemia di difterite.)** *Il Morgagni. Mai 1900.*

Unter den Beobachtungen, die Verf. an den 140 während einer Epidemie von ihm behandelten Diphtheriefällen gemacht hat, interessiren besonders die auf die Serumbehandlung bezüglichen. Es starben im Ganzen 10 der mit Seruminjectionen behandelten Kranken. Auch aus den Beobachtungen des Verf.'s ergiebt sich mit Evidenz, von wie grosser Bedeutung für die Wirksamkeit des Serum der Zeitpunkt ist, an welchem die Behandlung einsetzt: Es betrug nämlich bei den vom 1. Krankheitstage an Behandelten die Mortalität 2,2 pCt., beim zweiten 3,2 pCt.,

beim dritten Tage 26,6 pCt. und bei einigen ganz desperaten Fällen, die erst am vierten Tage in Behandlung kamen, 50 pCt.

FINDER.

67) **Emil Mayer. Einiges zur Differentialdiagnose der laryngealen Diphtherie bei Kindern. (Some points in the differential diagnosis of laryngeal diphtheria in children.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports.* Vol. *VIII. 1900.*

Krankengeschichten von 3 Fällen. Im ersten hatte der behandelnde Arzt Hypertrophie der Mandeln diagnosticirt und die Exstirpation derselben angerathen. Es stellte sich heraus, dass eine Diphtherie des Larynx vorlag. In Fall 2, der als Diphtherie angesprochen wurde, bestand ein Papillom des Larynx und im dritten fand sich ein hohler Fremdkörper im Larynx. Diese Fälle weisen darauf hin, dass man nicht, wie es so oft geschieht, bei jeder laryngealen Athemenge von Kindern gleich Larynxdiphtherie diagnosticiren darf, sondern in jedem Falle genaue differentialdiagnostische Untersuchungen anstellen muss.

Autoreferat.

68) **J. Sendziak. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, welcher einen Abscess der Tonsilla lingualis vortäuschte. (Przypadek btonicy krtani, symulujacej ropieu migdacha pzykowego.)** *Kronika lekarska. No. 11, 12. 1900.*

Es handelte sich um eine septische Form von Kehlkopf- und Rachendiphtherie bei einem vorher gesunden 34 Jahre alten Geistlichen, welcher bereits am dritten Tage nach Beginn des Leidens starb. Am ersten Tage wurde vom Verf. an der Basis der Zunge eine circumscripte Schwellung constatirt, welche der Glandula lingualis entsprach und mit schleimig-röthlichem Belage bedeckt war. Man musste danach annehmen, dass sich ein Abscess an dieser Stelle entwickle. Der weitere Verlauf mit hohem Fieber und diphtheritischem Belage im Kehlkopf und Rachen liess dann das gewöhnliche Bild einer foudroyanten Form von Kehlkopf-rachendiphtherie hervortreten. Therapeutisch wurde Serum applicirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

69) **Benitez** (Madrid). **Drei Fälle von Angina mit zweifelhafter klinischer Diagnose. (Tres casos de anginas de diagnostico clinico dudoso.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 640. 1900.*

In den 3 mitgetheilten Fällen von Angina ergab die mikrobiologische Untersuchung das Vorhandensein von Diphtheriebacillen. Die Kranken heilten mittelst Serumtherapie.

R. BOTEY.

70) **J. R. Rose. Ein Fall von diphtheritischer Erkrankung der Unterlippe mit secundärer Infection des Halses. (A case of diphtheritic sore of the lower lip with secondary infection of the throat.)** *Georgia Journal of Med. and Surgery. Februar 1900.*

Die Ueberschrift erläutert den Fall.

EMIL MAYER.

71) **Yonge. Die Beziehung der membranösen Rhinitis zur Diphtherie. (The relationship of membranous rhinitis to diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 30. December 1899.*

Y. berichtet über einen Fall, in dem keine Diphtheriebacillen zu finden waren;

er glaubt, dass die membranöse Rhinitis — die primäre Nasendiphtherie nicht eingeschlossen — häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt, und nur wegen ihrer geringfügigen Allgemeinerscheinungen übersehen oder als catarrhalische Rhinitis angesehen wird. Von der Krankheit sind 2 Formen zu unterscheiden, beide gleich in ihrem Localbefunde, ihrem protrahirten Verlauf, der Abwesenheit oder Milde der Allgemeinsymptome, verschieden aber durch das Vorhandensein oder Fehlen von Diphtheriebacillen und demgemäss von Ansteckungsfähigkeit. Die mit Diphtheriebacillen verbundene Form ist wesentlich häufiger, als die einfache; sie ist als eine milde locale Aeusserung von Diphtherie anzusehen, jedoch scharf getrennt von der gewöhnlichen Form primärer Nasendiphtherie. Da beide Arten von membranöser Rhinitis klinisch nicht unterscheidbar sind, muss in jedem Falle die bakteriologische Untersuchung gemacht werden; bis zum Entscheid derselben ist der Fall isolirt zu halten.

LEFFERTS.

72) **R. H. Steen. Diphtheritis; Niederkunft; Zurückbleiben von Membranen; Influenza. Diphtherie des Kindes. Heilung. (Diphtheria, parturition. Retained membranes; influenza. Diphtheria in the infarct; recovery.)** *British Med. Journal. 10. März 1900.*

35jährige Frau, erkrankt am 18. December mit Diphtheritis, am 21. December von einem ausgetragenen Kinde entbunden. Pat. erhält am 22. December 1500 I.E. injicirt. Am 3. Januar bekommt sie eine schwere Attacke von Influenza.

Das Kind wird am 5. Lebenstage diphtheritisch und erhält 1000 I.E. Mutter und Kind genesen.

ADOLPH BRONNER.

73) **M. J. Morrisey. C. M. Hibbard. Glycosurie bei Diphtherie. (Glycosuria in diphtheria.)** *Journ. Alumni Assoc. College Phys. and Surg. of Baltimore. April 1900.*

Zucker wurde als vorhanden angesehen, wenn die Fehling'sche Probe und die Phenylhydrazinprobe positiv ausfielen. In Fällen ohne Pseudomembran fand sich nie Zucker: je ausgedehnter die Membranen waren, um so häufiger wurde das Vorhandensein von Zucker constatirt. Im Ganzen fand sich Zucker in 19 pCt. der geheilten und in 77 pCt. der letalen Fälle. Von der Gesammtheit der untersuchten Fälle ergaben 25 pCt. Zuckerreaction. Die Verff. schliessen mit folgenden Sätzen:

1. Bei Diphtherie kommt eine transitorische Glycosurie vor; dieselbe findet sich häufig bei schweren Fällen und ganz gewöhnlich bei den letalen Fällen.
2. Diese Glykosurie ist oft mit Albuminurie verbunden.
3. Auf die Seruminjection folgt gelegentlich eine mehrtägige leichte Zuckerausscheidung.

EMIL MAYER.

74) **J. A. Abt. Complicationen der Diphtherie. (Complications of diphtheria.)** *Pediatrics. 1. Januar 1900.*

Verf. spricht über die septischen Formen won Diphtherie, die besser als D. gravissima oder maligna zu bezeichnen sind, über die Lähmungen, die Herzschwäche und die Nephritis.

EMIL MAYER.

75) **Joseph Hopson. Bericht über 2 Fälle von Diphtherie. (Report of two cases of diphtheria.)** *American Practitioner and News. März 1900.*

Der eine Patient kam prompt zur Heilung, der andere starb am 6. Tage an acuter Nephritis. Beide hatten Serum bekommen. Der Verf. fragt, ob das Serum an der Nephritis schuld ist; es scheint ihm nicht gegenwärtig zu sein, dass Nephritis ein nicht ungewöhnliches Vorkommniss bei Diphtheritis ist.

EMIL MAYER.

76) **Frank W. Wright. Fünfjährige Erfahrung mit Diphtherieserum in der Privatpraxis. (Five years experience in private practice with diphtheritic antitoxin serum.)** *Pediatrics. 15. März 1900.*

Aus seinen sorgfältigen Beobachtungen an 268 Fällen hat Verf. die Ueberzeugung gewonnen, dass das Serum alle günstigen und viele ungünstige Fälle heilt, dass es das Leben verlängert, die Schwere der Erkrankung verringert, Stenosen und die Erforderlichkeit der Intubation seltener macht; wenn die Intubation doch nothwendig wird, ihre Mortalität geringer gestaltet; Complicationen und Folgekrankheiten seltener und die Dauer der Erkrankung thatsächlich kürzer gemacht hat.

EMIL MAYER.

77) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Die Diphtheriesterblichkeit der 3 Hauptcolonien Australiens während der letzten 15 Jahre, mit besonderer Beziehung auf den Einfluss des Serums auf die Todesziffer. (Diphtheria mortality of the three principal Australian colonies for the past fifteen years with special reference to the influence of antitoxine on the death-rate.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1900.*

T.'s interessante Statistik ergiebt, dass in der Vorserumperiode 1884—1894 incl. die Sterblichkeit in den 3 Colonien 44,4 auf 100000 Lebende betrug. Die Serumperiode umfasst 1895—1898 incl. Die Mortalitätsziffer in dieser Zeit beträgt 18,7.

Diese Zahlen stehen zu denen in England und Wales gewonnenen im Gegensatz. Dort betrug in den entsprechenden 11 Jahren (1884—1894) die Mortalität 31,5 auf 100000, in den nächsten drei Jahren 31,3. T. erklärt dies damit, dass in Australien nahezu alle Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt wurden, in England dagegen in der Hauptsache nur die Hospitalfälle.

A. J. BRADY.

78) **Chas. M. Reed. Die Behandlung der Diphtheritis mit illustrirenden Krankengeschichten. (The treatment of diphtheria with illustrative cases.)** *The Americ. Gynaecological and Obstetrical Journal. Februar 1900.*

Antitoxin ist auch in grossen Dosen unschädlich. Als Immunisirungsmenge giebt R. 2000 I. E.

EMIL MAYER.

79) **John H. Musser. Der Gebrauch von Serum bei Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung kleiner Gaben in häufiger Wiederholung. (On the use of antitoxin in diphtheria with special reference to small and frequently repeated doses.)** *University Medical Magazine. März 1900.*

M. giebt im Anfang nur 1000 I. E. oder weniger. Statt die Anfangsdosen

zu steigern, wiederholt er in schweren Fällen lieber öfter die Injection. Auf diese Weise hat er sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. EMIL MAYER.

80) **H. L. Moore: Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Texas Courier Record of Medicine. März 1900.*

Verf. ist enthusiastischer Anhänger der Serumtherapie. EMIL MAYER.

81) **J. Edward Herman. Antwort auf die versuchte Vertheidigung des Diphtherieheilserums. (A reply to an attempted defense of antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1900.*

Den Fanatikern, die es für strafbar halten, wenn ein Arzt nicht Serum giebt, ruft Verf. Seneca's Wort zu: „Viele würden zu Wissen gelangen, vermeinten sie nicht, es schon zu besitzen." LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **E. Lonys. Intralaryngeale Cysten. (Intralaryngeal cysts.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1900.*

Diese Cysten sind an sich meist gutartig; die Empfindlichkeit des Organs aber, in dem sie sitzen, die Feinheit der Action des phonatorischen Apparats und die Nothwendigkeit, die Oeffnung des Larynx für die Athmung frei zu halten, verleihen ihnen eine grosse Bedeutung. Die Mehrzahl der Cysten sind embryonalen Ursprungs, sie gehen zum Theil von den Kiemenspalten aus, zum Theil vom seitlichen Lappen der Schilddrüse, zum Theil vom Ductus thyro-lingualis. Die Symptome sind die von Fremdkörpern: Dyspnoe, Dysphonie, bisweilen Husten und Schmerz. Die Behandlung kann indirect durch Ableitung auf den Hals und durch medicamentöse Inhalation oder Mineralwasser gegen die begleitende Laryngitis sich wenden. Die directe Behandlung besteht in endolaryngealer Punction oder Aspiration, Incision oder Excision. Bisweilen ist die Galvanocaustik erfolgreich. Die Laryngotomie verdient den Vorzug; sie ist unter localer Cocainanästhesie ausführbar. LEFFERTS.

83) **Joseph Gibb. Kehlkopftumoren. (Tumors in the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

46jähriger Pat., seit 2 Jahren heiser, hat nach einem Hustenanfall ein Stück einer graulichen knorpelartig harten Masse ausgestossen, wonach etwas Blut kam. Seither bestehen Stenosesymptome. Die Kehlkopfuntersuchung vor 4 Wochen ergab einen graurothen Tumor in der linken Kehlkopfseite oberhalb der Stimmbänder. Ein Stückchen desselben wurde mit der Zange entnommen und untersucht; es fand sich nichts auf Malignität deutendes. EMIL MAYER.

84) **Sampson Trask. Kehlkopfangiom. (Laryngeal angioma.)** *Laryngoscope. Februar 1900. Occidental Med. Times. 1. Februar 1900.*

Der Tumor, der eine glatte Oberfläche zeigt, sitzt breitbasig den Stimm-

bändern und der Regio interarytaenoidea auf. Bei der tiefen Inspiration ragt er ins Kehlkopflumen hinein, bei der Phonation ist er als dunkelblaue Stelle zwischen den Aryknorpeln zu sehen. Bei Sondenberührung hat man geringen Widerstand. Die Stimme ist nicht beeinträchtigt. EMIL MAYER.

85) **James Ewing. Papillom des Kehlkopfs; Erstickung. (Papilloma of the larynx; suffocation.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Der Fall ist sehr ungewöhnlich und das Vorkommniss der Erstickung heutzutage überaus selten. Die Patientin, eine Frau von 40 Jahren, war anscheinend bis 10 Tage vor ihrem Tode bei guter Gesundheit; dann bekam sie sehr heftige Dyspnoe. Sie kam ins Hospital; eine sichere Diagnose gelang nicht. Die laryngoskopische Untersuchung bot grosse Schwierigkeit und ergab kein positives Resultat. Wegen des eigenartigen Charakters der Dyspnoe wurde der Sitz des Athemhindernisses in der Trachea angenommen. Die Patientin starb nach ein paar Stunden. Die Section ergab chronische diffuse Nephritis, sonst normale Organe. Im Larynx fand sich gerade unter den Stimmbändern eine graue und offenbar nekrotische Masse von 2 : 3 cm Durchmesser, die mit einem schmalen Stiel hinten an der Schleimhaut des rechten Ventrikels inserirte und die Kehlkopfhöhle locker erfüllte. Die Geschwulst hatte eine acute catarrhalische Entzündung der oberen Kehlkopfhälfte und eine necrotische Entzündung in ihrer unmittelbaren Umgebung verursacht. Die fast vollständige Absperrung des Luftweges erklärte den Exitus zur Genüge. Die Natur der durch und durch necrotischen Geschwulst war schwer festzustellen, doch liess sich noch erkennen, dass es sich um ein Papillom handelte. Die Diagnose lautet demnach: Papillom der subglottischen Schleimhaut, Necrose des Papilloms, Erstickung. LEFFERTS.

86) **Robert Abbe. Ein Fall von suffocativem Kehlkopfpapillom. (A case of suffocating laryngeal papilloma.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1900.*

Wie schwer die Fälle von Kehlkopfpapillom zu behandeln sind, ist bekannt. A.'s Fall bildet ein besonders gutes Beispiel dafür, zeigt aber auch, dass Ausdauer schliesslich zum Ziele führt. Das Kind litt an so starker Athemnoth, dass Cyanose und Coma eintraten. Es wurde eiligst die Tracheotomie gemacht, wodurch sofortige Besserung eintrat. Der Larynx fand sich von Papillomen erfüllt. Nach verticaler Eröffnung des Kehlkopfs wurde mindestens ein Theelöffel voll Geschwulstmasse entfernt. Die Reconvalescenz verlief ungestört, die Tracheotomiewunde wurde geschlossen.

Nach zwei Monaten Recidiv, neue Laryngotomie und Abtragung aller Geschwülste, deren Basis gründlich mit dem Cauter geätzt wurde, so dass Alles zerstört schien, was zu einem Recidiv Anlass geben könnte. Trotzdem nach wenigen Monaten schon neues Recidiv. Zum 3. Male wurde der Kehlkopf gespalten. Die Tumoren wurden excidirt, ihre Ansatzstellen mit Monochloressigsäure geätzt. Das Kind behielt diesmal die Tracheotomiecanüle längere Zeit. Wieder trat ein Recidiv ein, wieder wurden die Geschwülste abgetragen; zur Aetzung wurde diesmal Carbolsäure benutzt. Die Tracheotomiecanüle wurde nun dauernd für 6 Jahre getragen. Erst im letzten Jahre wurde sie fortgelassen und das Kind zeigt sich

jetzt frei von Recidiven. Es ist bei guter Gesundheit, spricht freilich mit sehr schwacher Stimme. Erwähnt werden muss, dass vor der letzten Operation die Intubation versucht wurde. Die Tube wurde eine Zeit lang getragen, aber das Kind schien keinen besonderen Nutzen davon zu haben. LEFFERTS.

87) **A. Alexander. Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. X. H. 2. S. 181. 1900.*

Die ausführliche klinische Studie, die durch zahlreiche Abbildungen illustrirt ist, behandelt in erschöpfender Weise die Ecchondrosen, Exostosen, Ecchondrome, Chondrome und Enchondrome des Kehlkopfs. F. KLEMPERER.

88) **W. K. Simpson. Krankengeschichte eines Falles, der die Bedeutung und die Möglichkeit der frühen Erkennung und Behandlung maligner Geschwülste des Kehlkopfs demenstrirt. (Report of a caso illustrating the importance and possibilities in the early recognition and treatment of malignant growths of the larynx.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Ein Tumor wurde vom rechten Stimmband abgetragen und vom Pathologen für ein einfaches Papillom erklärt. Neun Wochen später war ein Recidiv vorhanden, das ebenso wie die erste Geschwulst mit der Zange abgetragen wurde. Dieses erklärte der Pathologe für ein Epitheliom. 14 Wochen später neues Recidiv und Abtragung des Tumors mit nachfolgender galvanokaustischer Aetzung. Seither sind 3 Jahre vergangen und Pat. ist ohne Recidiv geblieben. Die letzte Geschwulst wurde übrigens wieder als Papillom angesprochen.

Der Verf. ist der Ansicht, dass jede Kehlkopfgeschwulst beim Erwachsenen, speciell wenn sie Neigung zum Recidiviren zeigt, stets als verdächtig anzusehen und dass dementsprechend die Prognose mit Vorsicht zu stellen ist, weil die Beziehung zwischen Malignität und Benignität oft so enge sei, dass man die Grenzlinie nur mit Schwierigkeit ziehen könne. Auch die mikroskopische Untersuchung hebt nicht immer alle Zweifel, weil augenscheinlich in manchen Fällen Uebergangsperioden bestehen, in denen eine positive Diagnose kaum möglich ist. Der Verf. hält die frühe und gründliche Entfernung mit Zerstörung der unterliegenden Gewebe für das beste Mittel in diesen zweifelhaften Fällen, das um so eher Erfolg verspricht, als es selbst in entschieden bösartigen Fällen bei früher Anwendung zur Heilung geführt hat. EMIL MAYER.

89) **E. Urunuela** (Madrid). **Diagnose und Behandlung des beginnenden Kehlkopfkrebses. (Diagnostico y tratamiento del cancer laringeo incipiente.)** *Revist. Hispano-Americ. de Cienc. Medicas. März 1900.*

Verf. begreift unter den ersten Symptomen des beginnenden Cancer laryngis die klassische andauernde Heiserkeit mit etwas Unbehagen im Rachen, sodann das Vorhandensein von Infarcten der Halslymphdrüsen, welche aber wegen ihrer Kleinheit und ihrer tiefen Lage meist schwer zu entdecken sind; sodann das laryngoskopische Bild der Neubildung. Hinsichtlich der Behandlung neigt U. für die Thyrotomie nach dem Vorschlage von Semon, und gleich letzterem erklärt er sich als Anhänger der Tracheo-Thyrotomie in einer einzigen Sitzung. Schliesslich erwähnt er die Exstirpation der Neubildung auf natürlichem Wege, wenn letztere

sehr beschränkt ist, ferner die Pharyngotomia transhyoidea beim Cancer des Kehldeckels, und die einfache Tracheotomie bei drohender Asphyxie und um das Leben des Patienten einige Zeit zu verlängern.

R. BOTEY.

90) **Chas. H. Knight. Epitheliom des Kehlkopfs — präliminäre Tracheotomie. (Epithelioma of the larynx — preliminary tracheotomy.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Vor der Eröffnung der Trachea war der Patient infolge der Larynxstenose in sehr precärem Zustande; seit der Tracheotomie befindet er sich so wohl, dass er in seinem Entschluss, der Kehlkopfexstirpation sich zu unterziehen, wieder schwankend geworden ist. Unterdess wächst die Neubildung langsam weiter.

EMIL MAYER.

91) **James F. Mc Kernon. Epitheliom des Kehlkopfs mit frühen Symptomen von Seiten der Speiseröhre. (Epithelioma of the larynx exhibiting early oesophageal symptoms.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab deutliche Schwellung beider Aryknorpel; die Commissur ist mit schleimigem Secret bedeckt und zeigt links ein etwa $^1/_4$ Zoll messendes Ulcus. Der untere Pharynx mit dem Oesophaguseingang erscheint infiltrirt. Die histologische Untersuchung ergab die epitheliomatöse Natur der Kehlkopferkrankung.

EMIL MAYER.

92) **Geo. H. Powers. Ein Fall von subglottischem Tumor. (A case of subglottic tumor.)** *Occidental Med. Times. 1. Februar 1900. N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

Die Geschwulst, die augenscheinlich epitheliomatöser Natur war, reichte von der Zungenbasis bis in die Trachea. Der Tod erfolgte während der Operation.

EMIL MAYER.

93) **H. Gray Croly. Epitheliom der Epiglottis und des Larynx. (Epithelioma of the epiglottis and larynx.)** *Dublin Med. Journal. April 1900.*

Vorstellung des 42jährigen Patienten, der an einer malignen Wucherung der Epiglottis litt. Nach der Tracheotomie war ein beträchtliches Abnehmen der Schwellung zu constatiren; auch die vergrösserten Lymphdrüsen zeigten ähnliche Veränderungen.

A. LOGAN TURNER.

94) **Bryson Delavan. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1900. N. Y. Med. News. 31. März 1900.*

D. legt grossen Werth auf 3 Symptome: 1. anhaltende Heiserkeit ohne andere erkennbare Ursache; 2. ein charakteristisch scharfer und plötzlicher Schmerz; 3. Verlust der Bewegung der afficirten Seite. Die Entfernung eines Geschwulststücks ist schwierig, dabei schmerzvoll und schädlich für den Patienten.

Bezüglich der Therapie hält Verf. für das rathsamste die Thyrotomie — Entfernung der ganzen Geschwulst und eines mässigen Theils des Larynx. Bedingung aber ist die frühe Diagnose,

LEFFERTS.

95) **Ernst Barth** (Brieg). **Ein bemerkenswerther Fall von Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 330. 1900.*

Wallnussgrosser Tumor, 4 g schwer, leicht höckerig, nicht ulcerirt, von sehr derber Consistenz, von der hinteren Hälfte der Plica aryepiglottica ausgehend, wird mit der Glühschlinge entfernt, da ein inoperabler Drüsentumor am Halse die Radicaloperation verbietet. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Carcinom. Nach 5 Monaten Recidiv, das noch mehrmals in den nächsten Monaten operirt wird. Metastasen in Oesophagus und Magen. Tod nach zehn Monaten.

F. KLEMPERER.

96) **Kaspar Pischl. Carcinom des Oesophagus und Larynx. (Carcinoma of the esophagus and larynx.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Demonstration der bei der Section gewonnenen Präparate.

EMIL MAYER.

97) **Schuchardt** (Stettin). **Kehlkopfkrebs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1900.*

Vorstellung eines Kranken, dem Verf. vor 8 Wochen die Totalexstirpation des Kehlkopfes sammt Epiglottis, mehrerer Luftröhrenringe, sowie krebsiger Drüsen an der rechten Halsseite gemacht, und 4 Wochen später ein Lymphdrüsenrecidiv an der rechten Halsseite entfernt hatte. Pat. kann gut schlucken, hat keine Pharynxfistel und trägt einen künstlichen Kehlkopf nach Gluck.

ZARNIKO.

98) **F. J. Lutz. Pharyngotomia subhyoidea zur Entfernung einer malignen Geschwulst des Kehlkopfs. (Subhyoid pharyngotomy for the removal of a malignant growth of the larynx.)** *Philad. Med. Journal. 24. Februar 1900.*

Die Operation wurde ohne präliminare Tracheotomie und unter localer Infiltrationsanästhesie gemacht. Sie war nur zur Linderung der Dyspnoe und Dysphagie vorgenommen, führte aber zu vollständiger Heilung des Patienten. Die epitheliomatöse Natur des Tumors ist durch die mikroskopische Untersuchung erwiesen.

EMIL MAYER.

99) **George T. Hankins** (Sydney N. S. Wales). **Bericht über einen Fall von Laryngectomie. (Report on a case of laryngectomy.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1900.*

Pat., ein Mann von 42 Jahren, klagte seit 6 Monaten über trockenen Husten und seit 6 Wochen über Heiserkeit. Die Drüsen am Kieferwinkel waren vergrössert. Bei der Spiegeluntersuchung sah man in der linken Fossa hyoidea eine Geschwulst von $^3/_4$: 1 Zoll Durchmesser. Die Anamnese ergab nichts von Syphilis. Trotzdem wurde versuchsweise antiluetisch behandelt. Da der Erfolg ausblieb, wurde die Operation beschlossen. Entfernt wurden 2 vergrösserte Drüsen, die über den grossen Gefässen lagen, dann wurde tracheotomirt und die Semon'sche dilatirende Canüle eingesetzt. Die ganze linke Kehlkopfhälfte mit der Epiglottis wurde exstirpirt. Nach Ausstopfung des oberen Theiles der Trachea mit Jodoformgaze wurde die Canüle bis zum 11. Tage getragen. Der Patient genas und

ist jetzt 3 Monate nach der Operation gesund. Die Untersuchung der exstirpirten Lymphdrüsen zeigt deutliche epitheliomatöse Infiltration des Gewebes.

A. J. BRADY.

100) **Jacob Frank. Bericht über einen Fall von Laryngo-Hyoidectomie wegen Carcinom. (A laryngo-hyoidectomy for carcinoma with the report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900.*

Der Patient, der vor wenigen Monaten operirt wurde, vermag feste und flüssige Nahrung zu schlucken, und spricht heiser und monoton, aber verständlich. Bisher kein Recidiv; doch ist ein solches zu erwarten.

LEFFERTS.

101) **A. T. Bristow. Laryngectomie wegen Krebs. (Laryngectomy for carcinoma.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

B. giebt die Krankengeschichte des Falles und beschreibt die Technik der Operation. Der ganze Larynx mit der Epiglottis wurde exstirpirt. Es fiel bei der Operation auf, dass, wenn ein starker seitlicher Zug auf den Larynx geübt wurde, die Athmung stillzustehen schien. 17 Tage nach dem Eingriff wurde Patient in einer ärztlichen Gesellschaft vorgestellt. Verf. meint, dass bei frühzeitiger Operation viele Fälle von Kehlkopfkrebs geheilt werden könnten; die Infection der Drüsen findet in diesen Fällen erst spät statt.

George E. Brewer schätzt die Mortalität der Laryngectomie auf etwa 50 pCt. der Fälle; sie würde noch höher sein — nach der Berechnung eines anderen Autors über 90 pCt. — wenn alle Fälle zur Veröffentlichung kämen. Der Grund hierfür liegt darin, dass meist erst die Operation erlaubt wird, wenn der Oesophagus von der Erkrankung ergriffen ist. Könnte man die Fälle operiren, so lange der Process noch auf den Larynx beschränkt ist, so würde die Mortalität sehr viel kleiner sein.

LEFFERTS

102) **v. Navratil. Ueber Larynxresection bei Carcinom.** *Orvosi hetilap. No. 13. 1900.*

v. N. referirt über 57 primäre Larynxcarcinome. Einfach diagnosticirt waren 23, operirt 34 Fälle. 24 mal wurde Tracheotomie, 1 mal Pharyngotomia subhyoidea, 8 mal die Resection des Larynx, 2 mal die totale Entfernung des Kehlkopfes gemacht. Zwei Frauen ausgenommen betrafen alle Fälle Männer. Die tracheotomirten überlebten die Operation 14 Tage bis 3 Monate, 2 Jahre und 14 Tage (1 Fall).

v. N. hält die Heilung des Larynxcarcinoms durch Operation für ziemlich sicher, wenn die Krankheit noch im Anfangsstadium zur Operation gelangt. Es kann sehr seltene Fälle geben, wo das Carcinom sehr geringen Umfanges und genauer Begrenzung ist, dass man es endolaryngeal operiren kann, zumeist ist es jedoch bloss durch gründliche Exstirpation der carcinomatösen Entartung, durch partielle Resection heilbar. Die Hauptaufgabe ist alles Erkrankte zu entfernen, dadurch, dass der Schnitt im gesunden Gewebe mindestens 1 cm weit vom erkrankten Theile geführt wird. Sogenannte typische Operationen (d. h. immer nur totale oder partielle Larynxexstirpation machen) sind zu verwerfen, denn man hat sich nur nach der Ausbreitung des Carcinoms und nicht nach anatomischen Linien

zu richten. v. N. macht auch die totale Larynxexstirpation, wenn die Indication dazu eine gebieterische ist.

v. N. vollführt die Larynxresection einactig, wenn der Kräftezustand des Patienten günstig ist, und wenn in den Respirationswegen keine Complicationen obwalten (Bronchitis), sonst operirt er in zwei Acten. Es wird zuerst der Luftröhrenschnitt möglichst tief am 3.—4. Luftröhrenringe gemacht, und zwar mit localer Anästhesie.

Bei der Resection wird durch die Trendelenburg'sche Canüle chloroformirt, die Canüle wird erst am 2. Tage nach der Operation durch eine gewöhnliche Luer'sche Canüle ersetzt.

In jedem Falle wird der Larynx der Länge nach geöffnet (Laryngofissión, so benannt vom Verfasser im Jahre 1865), dann constatirt er die Ausbreitung des Carcinoms. Nun werden mit dem Scalpell, dann mit scharfem Hebel in einer Entfernung von 1 cm von der Grenze des Erkrankten die Weichtheile vom Knorpel abgelöst, und mit der Scheere vom Schlund und der Speiseröhre entfernt. Was man von der gesunden Larynxhälfte erhalten kann, wird geschont, da diese bei der Wundheilung quasi eine Brücke bildend, dem Patienten die Athmung durch den Mund sichert, so dass man später die Canüle entfernen kann. Von der Vereinigung des Kehlkopfes sieht er stets ab, und tamponirt das Innere des Larynx mit Jodoformgaze. Der Verband wird täglich gewechselt. Am 1.—2. Tag schluckt der Patient nicht, vom 7.—10. Tag an wird er künstlich genährt.

Die Fälle, welche v. N. durch Resection event. durch Exstirpation operirt hat, sind folgende:

I. Mann, 52 Jahre alt. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren Heiserkeit. Linkes Stimmband carcinomatös entartet. Resection 1887, 25. September. Nach $2\frac{1}{2}$ Jahren noch sicher geheilt.

II. Mann, 56 Jahre alt. Bestand des Uebels 1 Jahr. Carcinom des linken Stimmrandes. Resection 1889, 12. Mai. Laut Nachricht im Februar noch gesund gewesen.

III. Mann, 62 Jahre alt. Seit anderthalb Jahren krank, Carcinom am rechten Stimmbande. Am 25. October 1890 Resection. Im Januar 1892 noch gesund.

IV. Mann, 57 Jahre alt. Carcinom des linken Stimmbandes seit 6 Wochen constatirt. Tracheotomie 14 Tage später, am 19. Januar 1892 totale Larynxexstirpation. Tod nach 20 Tagen an Bronchitis putrida.

V. Mann, 66 Jahre alt. Linksseitiges exulcerirtes Carcinom. Tracheotomie. Wegen schwerer Bronchitis konnte die Resection nur nach 32 Tagen, am 2. Nov. 1898 gemacht werden. Recidiv nach 7 Monaten.

VI. Mann, 51 Jahre alt. Seit einem Jahre heiser. Carcinom am linken Stimmbande. Tracheotomie, nach 15 Tagen, am 13. Febrnar 1899 Resection. Wegen Recidiv nach 10 Monaten in Chloroformnarkose typische totale Entfernung des Kehlkopfes. Derzeit noch vollständig gesund.

VII. Mann, 50 Jahre alt. Seit 2 Jahren krank. Carcinom des linken Stimmbandes im Januar 1899 constatirt. Tracheotomie, nach 8 Tagen am 10. Februar Resection. Inoperables Recidiv im Februar 1900.

VIII. Mann, 68 Jahre alt. Linksseitiges Carcinom. Tracheotomie und Resection in einem Acte 12. April 1899. Derzeit noch geheilt.

IX. Mann, 61 Jahre alt. Seit 13 Monaten besteht Heiserkeit. Linkes Stimmband carcinomatös entartet. Resection am 4. Februar 1900. Gesund entlassen.

Es sei noch erwähnt, dass in allen Fällen die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung eines endolaryngeal excidirten Stückchens, ante operationem festgestellt wurde.

v. NAVRATIL.

103) **Föderl** (Wien). **Zur Technik der Larynxexstirpation.** *Arch. f. klin. Chir. 58. Bd. 1899.*

Die von F. besprochene Technik der Larynxexstirpation bezieht sich auf die Wiederherstellung der Continuität des Respirationstractus nach oben durch die Naht, die in einem Falle von Totalexstirpation wegen Carcinom gelang.

SEIFERT.

104) **C. G. Nicolas. Primäre Epithelialgeschwülste der Bronchien. (Primary epithelial tumors of the bronchi.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1900.*

Bis 1886 sind nur 86 Fälle von primärem Epitheliom der Lunge bekannt und Pick konnte 1891 nur 15 Fälle von primärem Krebs der Trachea zusammenstellen. Verf. hat aus der Literatur 35 Fälle gesammelt, die von den betreffenden Autoren für primäres Carcinom der Bronchien gehalten wurden. Er studirt dieses Leiden eingehend. Sein Verlauf ist ein überaus rapider, seine Behandlung rein palliativ.

LEFFERTS.

105) **Edm. Meyer. Ein neuer Tamponträger für den Kehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. X. 3. S. 498. 1900.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das von W. A. Hirschmann angefertigt ist.

F. KLEMPERER.

106) **M. Paunz. Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel.** *Wiener klin. Rundschau. No. 8. 1900.*

An einem querovalen Rahmen, den der Patient zwischen den Zähnen hält, wird ein Kugelgelenk angebracht, durch welches der Stiel des gewöhnlichen Kehlkopfspiegels eingeführt wird. — Vortheile dieses Spiegels sollen sein leichte Handhabung und möglichste Einfachheit, auch soll sich dieser Spiegel zu Demonstrationen vorzügtich eignen, wie zu Operationen, indem beide Hände frei sind.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

107) **Livini. Untersuchungen über die Morphologie der Arteriae thyreoideae. (Studio morfologico delle arterie tiroidee.)** *Lo Sperimentale. Januar 1900.*

Eine ziemlich umfangreiche, durch Abbildungen erläuterte Arbeit, die das Ergebniss genauester an 100 Leichen ausgeführter Untersuchungen darstellt Betreffs der Details muss auf das Original verwiesen werden.

FINDER.

108) **Steinlin. Der Einfluss der Schilddrüse auf die Consolidirung von Brüchen. (The influence of the thyreoid gland upon the consolidation of fractures.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Februar 1900.*

Verf. wies experimentell nach, dass bei Thieren, denen die Schilddrüse exstirpirt war, die Bildung und Resorption des Callus nach einer Fractur mangelhaft verlief. Diese Erfahrungen würden der kürzlich empfohlenen Anwendung von Thyroidextract bei Fracturen eine Unterlage geben. LEFFERTS.

109) **T. George Adami. Zur Aetiologie und Symptomatologie des Kropfes. (On the etiology and symptomatology of goitre.)** *Montreal Medical Journal. Januar 1900.*

Die Aetiologie des gewöhnlichen endemischen Kropfes steht in directem Zusammenhange mit dem Trinkwasser. Das ätiologische Moment selbst aber ist in dem Wasser bisher nicht nachgewiesen worden. EMIL MAYER.

110) **A. G. Bouffleur. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

B. empfiehlt Jod und Thyroidextract intern oder intraparenchymatöse Injectionen von Jodoform oder Carbolsäure. Erst wenn diese versagen, ist ein operativer Eingriff angezeigt. LEFFERTS.

111) **M. D. Lederman. Capilläres Adenom der Thyreoidea mit carcinomatöser Degeneration Kehlkopfsymptome verursachend. (Capillary adenoma of the thyroid with carcinomatous degeneration causing laryngeal symptoms.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Vorstellung des Patienten. EMIL MAYER.

112) **Mailland. Krebs der Schilddrüse; massive Enucleation. (Cancer du corps thyroide. Enucléation massive.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 17. Januar 1900.*

55jähriger Patient, dessen Leiden vor 3 Jahren mit einem kleinen Tumor im linken Schilddrüsenlappen begann. Ein Jahr später traten Erstickungsanfälle auf, die Stimme war heiser, der Patient magerte ab. Der Tumor wurde enucleirt. Unmittelbar nach der Abtragung der Geschwulst wurden Athmung und Stimme wieder normal. PAUL RAUGÉ.

113) **Barker. Maligne Schilddrüsengeschwülste. (Malignant growths of thyreid.)** *N. Y. Med. Record. 17. Februar 1900.*

Die maligne Geschwulst entwickelte sich bei der 58jährigen Patientin nach 9jährigem Bestehen eines Kropfes, der wegen Druck auf die Trachea 2malige Operation nöthig gemacht hatte. LEFFERTS.

114) **C. Symonds. Recidivirende maligne Geschwulst der Schilddrüse. (Recurrent malignant tumor of thyroid gland.)** *N. Y. Medical News. 17. Februar 1900.*

Vorstellung des zweimal operirten Patienten. Von Interesse ist, dass der

maligne Tumor auf den linken Lappen beschränkt blieb, und ausserdem die lange Dauer der Krankheit (11 Jahre).

Barker betont, dass maligne Geschwülste der Thyroidea sehr gewöhnlich einen chronischen Verlauf nehmen; er selbst hat einen Fall von 18jähriger Dauer beobachtet.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

115) **John Knott. Die Dilatationen und Deviationen der Speiseröhre. (The dilatations and deviations of the esophagus.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1900.*

K. bespricht die Dilatationen und Divertikel des Oesophagus. Einige Zeit vor der Operation soll die Gastrotomie gemacht werden, damit der Pat. in guten Ernährungszustand gebracht und der Oesophagus ruhiggestellt und geschont werden kann.

LEFFERTS.

116) **Gastpar** (Stuttgart). **Ein Fall von Oesophagussarcom.** *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. 3. 4. 1900.*

Ein 54jähriger Mann kam in kachektischem Zustande in das Katharinenhospital mit Klagen über Schmerzen in der Magengegend. Mit der Sonde wurde im Oesophagus ein Tumor constatirt, neben welchem die Sonde ohne Mühe in den Magen gelangte. Bei der Section fand sich ein primäres Sarcom des Oesophagus, welches von der Submucosa ausgegangen und lediglich nach der Seite der Mucosa hin gewachsen war. Das Sarcom bestand aus einer grösseren Anzahl von in pallisadenförmiger Weise angeordneten kleineren Tumoren mit glatter, nur an wenigen Stellen ulcerirter Oberfläche und nahm die ganze Länge des intrathoracalen Oesophagus ein; Metastasen fehlten. Histologisch: Grosszelliges Rund- und Spindelzellensarcom.

SEIFERT.

117) **Augustus A. Eshner. Carcinom der Speiseröhre. (Carcinom of the esophagus.)** *The Med. Fortnightly. 26. Februar 1900.*

Bei der Section fand sich die Speiseröhre normal bis 3 Zoll über der Cardia, von da an war sie verdickt und ulcerirt. Die Lymphdrüsen in der Nachbarschaft waren vergrössert; einige waren offenbar tuberculös, andere aber frei von Tuberkeln und käsigen Herden. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Epitheliom.

EMIL MAYER.

118) **Willy Meyer. Gastrotomie wegen krebsiger Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for cancerous stricture of the esophagus.)** *Annals of Surgery. Februar 1900.*

Vorstellung der operirten Patientin. Dieselbe ist jetzt im Stande, Flüssigkeiten und halbfeste Nahrung per os zu nehmen.

EMIL MAYER.

119) **de Quervain** (Chaux de Fonds). **Zur Resection des Halsabschnittes der Speiseröhre wegen Carcinom.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 58. Bd. 1899.*

Der Mittheilung eines Falles von Resection des Halsabschnittes der Speiseröhre lässt de Q. eine Uebersicht über die bisher ausgeführten Resectionen des Halstheiles der Speiseröhre für Krebs dieses Organes folgen, um dann auf Grund der bis jetzt gemachten Erfahrungen die Punkte zu besprechen, durch deren Berücksichtigung einerseits das Operationsgebiet ausgedehnt und andererseits die Gefahr des Eingriffs vermieden werden kann. SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Mygind. Die Krankheiten der obersten Luftwege. (De oeverste Luftveies Sygdomme.)** Dänisch. Kobenhavn. Det Nordiske Forlag. 206 Ss. 62 Abbildungen. 1900.

Der Verf. giebt in dem vorliegenden Buche eine kurze Darstellung der Krankheiten der Nase, des Schlundes und des Kehlkopfes. Die Arbeit ist ausschliesslich für Studirende und practicirende Aerzte berechnet. Es ist dem Verf. geglückt, das Wichtigste in gedrängter und doch klarer Form mitzutheilen. Das Verständniss wird durch die zahlreichen und vorzüglichen Abbildungen bedeutend erleichtert. Schmiegelow.

---

b) **J. Sendziak. Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Oesophagus. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. (Choroby jamy ustnej, gardzieli i przetyku.)** Warszawa. 327 Ss. 1900.

Im Selbstverlage des Verf.'s erschien vor kurzem das oben genannte Handbuch zum Gebrauche der Studirenden und Aerzte. Der Verf. schildert darin in knapper Form die Aetiologie, Pathologie und Therapie sämmtlicher einschlägiger Krankheiten und giebt dem Leser ein ziemlich genaues Bild von dem gegenwärtigen Standpunkt dieser Disciplinen. A. v. Sokolowski.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom Juni 1899.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Herbert Tilley: Einseitige Lähmung des Gaumens, Rachens, Kehlkopfs etc.

29jährige Frau, wahrscheinlich früher syphilitisch inficirt, zeigt die oben-

genannte Lähmung auf der linken Seite; ausserdem im oberen Theile des linken Trapezius und Sternocleidomastoideus deutliche Erscheinungen von beginnender Degeneration. Die Zunge und Gesichtsmuskeln sind normal. Die Sensibilität erscheint an den gelähmten Partien des Athomtractus herabgesetzt.

Dies ist der 4. Fall dieser Lähmung, den Redn. in den letzten 4 Monaten gesehen hat. Er spricht nach seiner Meinung für die Innervation des Larynx etc. durch den spinalen Accessorius.

Tilley stellt weiterhin einen Fall von multipler Sklerose mit Parese der linken Seite des Gaumensegels und Larynx vor; ferner einen Fall von allgemeiner Paralyse mit Parese der linken Larynxhälfte.

Sir Felix Semon macht auf die nystagmusartigen Bewegungen des linken Stimmbandes in dem 2. Falle aufmerksam. Die Abduction ist in 3 distincte Bewegungsabschnitte getrennt. Dies kann durch eine Läsion unterhalb des vierten Ventrikels bedingt sein.

Permewan: Präparat eines Kehlkopfs mit papillomatösen Geschwulstmassen von einem 11jährigen Knaben.

Der Knabe starb durch einen Unfall. Er ist zweimal operirt worden; einmal auf intralaryngealem Wege und das zweite Mal gründlich nach vorhergehender Thyrotomie.

Permewan: Präparat eines Kehlkopfes von einem Falle von Perichondritis.

Der Fall war mit so hochgradiger Dyspnoe in das Krankenhaus gekommen, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Es bestand eine starke Schwellung des Larynx, innerlich und äusserlich, und später bildete sich ein Abscess aus, der geöffnet wurde. Es entleerten sich einige Stückchen nekrotischen Knorpels. Danach begann eine Besserung Platz zu greifen, bis sich Erscheinungen von Seiten des Lumbarmarks entwickelten und Paraplegie und später der Tod eintrat. Es fand sich keine Geschwulst im Larynx. Tuberkelbacillen waren im Leben nicht nachweisbar gewesen.

de Santi: Parathyroidgeschwulst Symptome von maligner Erkrankung des Larynx hervorrufend. Operation und Heilung.

Als Redn. den Pat. zum ersten Male sah, litt der 58jährige Mann seit zehn Monaten an dauernder Heiserkeit, Husten und Stridor. Am Thorax war nichts Pathologisches nachweisbar; Syphilis wird geleugnet. Das rechte Stimmband war paretisch, die Abduction deutlich beschränkt, dasselbe war in gleichförmiger Weise geröthet und geschwollen. Nirgends war eine Ulceration oder Neubildung sichtbar. Keine Drüsen am Halse zu fühlen.

Im September 1895 kam Pat. sehr schnell stark herunter und seine Stimme sank zum Flüstern herab. Die rechte Carotis erschien hervorgedrängt durch eine unbestimmte Anschwellung in der Tiefe des unteren Theiles des Halses.

Im December 1895 wird eine allgemeine Besserung constatirt, die auch im Jahre 1896 noch anhält.

Februar 1899 stellten sich Schluckbeschwerden ein, und die geschwollenen tiefen Halsdrüsen nahmen merklich an Grösse zu. Die eingeführte Schlundsonde stiess auf ein Hinderniss. Es wurde eine Incision am Halse zu Explorationszwecken gemacht und ein grosser weicher vasculärer Tumor, der mit der Schilddrüse nicht verwachsen war, in dem unteren Theile des unteren Carotis-Dreiecks blosgelegt. Derselbe erstreckte sich hinter und median von den grossen Gefässen bis an den oberen Rand des Sternums. Nach sorgsamer Lostrennung und Unterbindung liess sich die Geschwulst, die sich als vollständig eingekapselt erwies, herausheben. Der rechte Recurrens war durch den Tumor abgeflacht.

Die Heilung verlief ungestört, das Schluckvermögen war unmittelbar gebessert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor, der aus Parathyroidgewebe bestand, als unschuldig.

Das Interesse des Falles liegt darin, dass seine früheren Stadien wegen der Röthung, Schwellung und beschränkten Beweglichkeit des Stimmbandes an ein intralaryngeales Carcinom denken liessen.

Trotz des mikroskopischen Befundes muss auch jetzt noch das rapide Anwachsen des Tumors bei einem Manne von 62 Jahren den Verdacht auf Malignität erwecken.

St. Clair Thomson: Complete Lähmung eines Stimmbandes und geschwächte Abduction des anderen.

Pat., 17 Jahre alt, ist seit 3 Jahren heiser. Eine Erklärung für den Zustand vermag Redn. nicht zu geben, wenn er nicht annehmen will, dass es sich um eine Folgeerscheinung der Influenza handelt.

Permewan denkt an eine Affection mit Pleuritis als Ursache der rechtsseitigen Lähmung. Er hat einen Fall von Recurrenslähmung nach Influenza beobachtet; derselbe dauerte aber nur einige Wochen.

Sir Felix Semon hat mehrere Fälle von Lähmung nach Influenza gesehen. In Erwiderung auf eine Frage giebt er an, dass Abductorenschwäche bei Patienten im Alter von $1\frac{1}{2}$—5 Jahren beschrieben worden seien.

Der Vorsitzende hat einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung bei einem Kinde von 6 Jahren beschrieben.

St. Clair Thomson hat einen Fall im Anschluss an Influenza beobachtet, der nach 6monatlichem Bestehen in kurzer Zeit heilte.

Steward (für Charters Symonds): Ulceration im Larynx mit Verkalkung der Halsfascien.

32jährige Frau, hatte als Kind einen Abscess an der rechten Seite des Halses und wurde etwa zu derselben Zeit taub. Im Alter von 22 Jahren begann eine Anschwellung und Steifheit des Halses, die seither allmälig zugenommen hat. Heiserkeit besteht jetzt seit 3 Monaten. Augen und Zähne sind normal; der Rücken der Nase ist abgeflacht; Rachen und Gaumen sind narbig und verwachsen.

Ausser einer Reihe vergrösserter Halsdrüsen ist eine starke Verdickung rund

um das Zungenbein und die Kehlkopfknorpel zu fühlen; die ganzen Gewebe scheinen daselbst in eine einzige feste Masse vereinigt zu sein. Im Sternocleidomastoideus und an anderen Stellen des Halses sind harte Knötchen zu fühlen. Das rechte Taschenband ist roth, geschwollen und ulcerirt.

Sir Felix Semon hält den Fall für eine tertiäre oder congenitale Syphilis.

William Hill hält die „Calcification“ für unsicher.

Steward giebt an, dass der Zustand der Kranken sich verschlechtert hat trotz Calomelbäder. Jodkali nimmt sie jetzt seit 3 Wochen.

Steward (Charters Symonds): Torpides Geschwür im Rachen.

31jähriger Mann, angeblich nicht syphilitisch. Seine Krankheit begann vor 9 Monaten mit Ausfluss aus der Nase, Kopfschmerz und Schmerzen im Rücken. Es traten Drüsenschwellungen am Halse auf, die Mandeln vergrösserten sich und ulcerirten. Bei der ersten Untersuchung des Patienten wurde ein grosses Geschwür auf der rechten Tonsille und an der Zungenbasis constatirt, dasselbe war mit einem gelben Belag bedeckt und hatte erhabene indurirte Ränder. Nach einer vorübergehenden Besserung unter Jodgebrauch nahmen die Ulceration und die Drüsenschwellung erheblich zu. Daraufhin wurde curettirt und cauterisirt, wodurch fast völlige Heilung erzielt wurde. Bald aber trat ein Recidiv ein. Die Drüsen wurden nun incidirt und ausgekratzt. In dem durch die Ausschabung gewonnenen Material waren keine Zeichen von Tuberculose nachweisbar. — In der Achselhöhle und am Ellenbogen sind kleine harte Drüsen zu fühlen.

Creswell Baber diagnosticirt Syphilis.

Sir Felix Semon hält es für kaum zweifelhaft, dass es sich im vorliegenden Falle um ein Lymphosarcom handelt, und räth deshalb zur Anwendung von Arsen. Er hat mehrere derartige Fälle gesehen, in denen sich Tumoren bildeten, verschwanden und dann in ernsterer Form wieder kamen. Steigende grosse Dosen von Arsen sind in solchen Fällen am Platze.

Steward giebt an, dass der vorgestellte Patient bisher kein Arsen bekommen hat. In den Drüsen fanden sich verkäste Herde. Das Ausgeschabte enthielt kleine Rundzellen mit verschieden geformten Kernen.

William Hill räth, wenn das Arsen versagt, zu einem Versuch mit der Electrolyse.

Creswell Baber: Geschwulst der Nasenhöhle.

B. legt einen Tumor von wahrscheinlich malignem Charakter vor, den er vom hinteren Theil der Aussenwand des unteren Nasenganges bei einer älteren Frau entfernt hat. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose „Cylinderzellencarcinom“.

Nach einer Discussion über die Natur des Tumors wurde derselbe dem Comité zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste übergeben.

Clifford Beale: Präparat eines Andreas Epithelioms der Speiseröhre, das doppelseitige Stimmbandlähmung verursacht hat.

Ein Fall von typischem Epitheliom des oberen Abschnittes der Speiseröhre.

Die letztere ist in ihrem ganzen Umfange erkrankt und es besteht eine Perforation in die Trachea. Man sieht auf der einen Seite den Vagus durch die Geschwulst comprimirt, während auf der anderen Seite der Recurrens sich in der Neubildung verliert. Intra vitam hatten beide Stimmbänder bei ruhiger wie bei forcirter Athmung Stillstand in Cadaverstellung gezeigt; bei der Phonation aber kamen sie zusammen und brachten einen ziemlich guten Ton hervor. Anfälle von Adductorenkrampf hatten später die Tracheotomie nöthig gemacht. Der Tod ist durch septische Pneumonie erfolgt.

Sir Felix Semon: Ungewöhnliche Geschwulst des Kehlkopfs.

Der Fall ist im März 1898 bereits vorgestellt und in den Berichten der Gesellschaft ausführlich beschrieben. Seither hat sich an demselben absolut nichts geändert.

In Beantwortung einer an ihn gerichteten Frage erklärt Redn., dass er vor einer Operation aus dem Grunde zurückschreckt, weil die Gegenwart des Tumors keinerlei Störungen verursacht, während andererseits die Erscheinung, dass leichter Druck auf die Geschwulst Husten und Würgen auslöst, auf die enge Beziehung derselben zum Vagus hinweist.

Lambert Lack: Erfolgreiche Dilatation einer Strictur des Kehlkopfs nach Tracheotomie wegen Diphtherie.

6 jähriges Kind, das vor 1 Jahr tracheotomirt wurde. Drei Monate danach konnte die Canüle nicht entfernt werden. Ein zweiter Chirurg machte deshalb eine Thyrotomie zu Explorationszwecken und fand eine Ulceration unter beiden Stimmbändern mit Granulationsgewebe, welches das Kehlkopflumen obstruirte. Die Granulationen wurden abgetragen und die Wunde zur Heilung gebracht. Die Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben wurde versucht, aber ohne Erfolg. Daraufhin wurde die Dilatation von unten her vorgenommen. Ein Metallrohr mit einem Schild, das die Tracheotomiecanüle abschloss, wurde unter Chloroform nach forcirter Dilatation der Strictur von unten her eingeführt. 5 Monate lang wurde dieses Rohr ohne Beschwerden getragen; nach Ablauf dieser Zeit wurde das Rohr entfernt und die Tracheotomiecanüle geschlossen. Einen Monat später wurde die letztere endgültig fortgelassen. Der Patient ist jetzt seit 1 Monat vollständig geheilt.

Der Vorsitzende beglückwünscht den Vortragenden zu dem erzielten Erfolge.

Lack erwidert auf eine Anfrage von Permewan, dass bei dem ersten Versuche mit der Intubation die Dyspnoe stets unmittelbar nach Herausnahme der Tube wiederkehrte.

Atwood Thorne: Knotige Verdickung des nasalen Fortsatzes des Oberkiefers und ulcerative Rhinitis bei einem 7jährigen tuberculösen Mädchen.

Die Deformität und Verstopfung der Nase hat seit 2 Monaten in zunehmendem Maasse sich gezeigt, angeblich als Folge eines Falles. Eine Masse von

Haselnussgrösse ist am nasalen Fortsatz auf der rechten Seite zu fühlen, eine kleinere Masse auf der linken Seite. Blasse Granulationsmassen erfüllen die Nasenlöcher. Die Patientin ist früher wegen einer tuberculösen Ulceration am Fusse und wegen Halsdrüsenentzündung in Behandlung gewesen. Für congenitale Lues liegen keine Zeichen vor.

W. Hill hält den Fall für ein Gemisch von Tuberculose und Syphilis.

Bond: Geschwulst des Gaumens bei einer 34jährigen Frau.

Eine prall-elastische indolente Geschwulst nimmt den harten Gaumen ein, von nahe den Schneidezähnen bis zum Velum sich erstreckend. Der Boden der Nase zeigt keine Veränderung. Die Pat. giebt an, dass der Tumor sich seit 12 Monaten entwickelt hat. Die Halsdrüsen sind nicht geschwollen. Redn. stellt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Adenom.

de Santi spricht sich auch für diese Diagnose aus.

Watson Williams hat einen ähnlichen Fall von Adenom mit Cysten behandelt; er incidirte denselben und applicirte danach Chromsäure. Nach einer vorübergehenden Entzündung ist die Geschwulst verschwunden und seit einigen Jahren nicht recidivirt.

Bond beabsichtigt die Exstirpation des Tumors.

St. Clair Thomson: Grosse sarcomatöse Geschwulst des Nasenrachenraums bei einer 26jährigen Frau.

Redn. wirft die Frage auf, welches die geeignete Behandlung für den vorgestellten Fall ist, bei dem die Athmung und das Schlucken gerade anfangen, durch die wachsende Geschwulst gestört zu werden.

de Santi und Bond rathen zur Tracheotomie und zu palliativen operativen Eingriffen.

St. Clair Thomson hält die Drüsen am Halse nicht für sarcomatös, sondern für Reste alter scrophulöser Vorgänge.

Roughton: Ein diagnostisch zweifelhafter Kehlkopffall.

42jähriger Mann, seit 3 Monaten heiser, dyspnoisch und hustend. Das linke Stimmband und der linke Aryknorpel ist geschwollen und fixirt. Von Tuberculose oder Syphilis ist nichts nachweisbar.

Allgemein wird die Geschwulst als wahrscheinlich maligne angesprochen und die exploratorische Thyrotomie angerathen.

Sir Felix Semon empfiehlt vorerst nur ein Stückchen zur diagnostischen Untersuchung zu exstirpiren.

Fitzgerald Powell: Missbildung der Gaumen-Rachen-Muskeln.

Die hinteren Gaumenbögen sind verwachsen und lassen nur ein kleines Orificium, das in den Nasenrachenraum führt, offen. Von ihrer Vereinigungsstelle gehen sie als halbmondförmige Falten nach unten zum normalen Ansatzpunkt. Ob es sich um eine Missbildung oder eine Narbenbildung handelt, ist schwer zu entscheiden. Die Anamnese ergiebt nur das Ueberstehen eines schweren Scharlachs.

Der Vorsitzende glaubt, dass der Zustand die Folge einer tiefen centralen Ulceration darstellt.

Thorne (für Dundas Grant): Epitheliom des Rachens.

Eine Geschwulstmasse von fast knorpliger Härte nimmt Rachen und Zungenbasis ein. Die Drüsen am Halse sind geschwollen.

Thorne (Dundas Grant): Pachydermoide Laryngitis mit Salicylsäure behandelt.

Ein Fall von ausgesprochener hypertrophischer Laryngitis bei einem Alkoholiker mit rauher Stimme. Die Behandlung bestand in Application von alkoholischer Salicylsäurelösung 2mal wöchentlich und Enthaltung vom Trinken. Die Stimme ist wieder ganz rein geworden.

Richard Lake: Doppelseitige Stimmbandlähmung etc.

Der Pat. hat ein Gumma im Rachen, ausserdem Lähmung der Mm. oculomotorii. Beide Stimmbänder stehen in Cadaverstellung. Ernest Waggett.

---

d) IV. Congress der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 25.—27. October 1899.

I. Victorio Grazzi hat das Referat über die Physio-Pathologie des Geruchsnerven übernommen. Nach einer historisch-kritischen Uebersicht über das bisher auf diesem Gebiete Geleistete und ausführlicher Besprechung der olfactometrischen Methoden geht G. zur Mittheilung einer neuen von ihm geübten und erprobten Methode der Geruchsbestimmung über. Dieselbe besteht darin, dass von einer 1—5 proc. alkoholischen Lösung von Acid. benzoic. 10 Tropfen auf ein 5 cm im Durchmesser haltendes Stück gewöhnlichen weissen Fliesspapiers gegossen werden. Nach Verdunstung des Alkohols bleibt der Benzoegeruch. Solche Scheiben von Fliesspapier werden — bereits präparirt — in einer Schachtel aufbewahrt und bleiben längere Zeit brauchbar. Zur Prüfung des Geruchs wird eine solche Scheibe bedeckt mit 10 übereinander liegenden quadratischen Stücken Cartonpapiers, in deren Mitte ein kreisförmiges Loch von $^1/_2$—5 cm Durchmesser ausgestanzt ist, so dass zuoberst das Papier mit dem $^1/_2$ cm Loch, zuunterst, direct auf der riechenden Fläche das Papier mit der 5 cm Oeffnung zu liegen kommt. Der zu Untersuchende nimmt nun einen Glastrichter von 5 cm Durchmesser und 10 cm Länge, führt das cylindrische Ende desselben in das eine oder andere Nasenloch ein, während die Oeffnung des Trichters über dem obersten Stück Cartonpapier, in welchem sich das $^1/_2$ cm grosse Loch befindet, gehalten wird.

Zahlreiche Untersuchungen an normalen Individuen beiderlei Geschlechts und jeder Altersklasse haben ergeben, dass, wenn so bei einer gewöhnlichen Inspiration durch den Trichter der Benzoegeruch empfunden wird, man von einem normalen Geruchsvermögen sprechen kann. Erfolgt keine Geruchsempfindung, so

zieht man nacheinander — dazwischen immer nur kleine Pause machend — ein Cartonblatt nach dem andern fort und ist man bis zu dem letzten gelangt, welches die ganze Riechfläche frei lässt, ohne dass ein Riecheindruck erfolgt ist, so hat man ein anosmisches Individuum vor sich. Grazzi's Masseinheit („Olfactie") entspricht also der bei der Oeffnung von $^1/_2$ cm wahrgenommenen Geruchsempfindung.

In dem von der Geruchsempfindung handelnden Kapitel seines Referats bespricht G. die Anomalien und Deformitäten des Geruchsorgans, die verschiedenen directen und indirecten traumatischen Schädigungen desselben, die functionellen Störungen und die Neuritis olfactoria, die von peripheren, centralen oder allgemeinen Erkrankungen abhängen und die Neurosen des Geruchssinnes.

Referent erläutert die verschiedenen Kapitel durch Krankengeschichten und schliesst mit einer Reihe von Thesen; von denen folgende hervorzuheben sind:

1. Die sogenannten „Athemflecke" (Zwaardemaker), die einen objectiven Maassstab für die Durchgängigkeit der Nasenhöhle abgeben sollen, haben nur einen durchaus relativen Werth.

2. Was die Messung der zur Wahrnehmung eines Riecheindrucks nöthigen Zeit betrifft, so lassen die von verschiedenen Autoren gemachten Versuche keine bindenden Schlussfolgerungen zu; jedoch scheint es sicher, dass die zur Reaction nöthige Zeit grösser ist, wie bei der Wahrnehmung anderer Sinneseindrücke.

3. Betreffs der Wirkung der Gerüche auf die peripheren Endigungen des Olfactorius hält G. am rationellsten eine „physikalische Hypothese", nach welcher den riechenden Stoffmolekülen gewisse vibratorische oder Rollenbewegungen innewohnen sollen, analog denen der Wärme, des Lichts und des Schalls.

4. Die localen und allgemeinen Krankheitszustände, die den nervösen Apparat des Geruchssinns schädlich beeinflussen können, sind viel zahlreicher, als man gemeinhin glaubt.

5. Die Neurosen des Geruchssinns verdienen mit grösserer Aufmerksamkeit studirt zu werden sowohl wegen ihrer Häufigkeit und relativen Schwere, als wegen ihrer Beziehungen zu der Rhinologie und allgemeinen Medicin.

II. Ueber die Frage, ob „Parasyphilitische oder post-syphilitische Zustände des Larynx?" referirt Trifiletti. Massei hat in jüngster Zeit die Bezeichnung „parasyphilitisch" auf eine Anzahl von Larynxläsionen angewandt, wie z. B. membranöse Verwachsungen, Anchylosen des Crico-Arytenoidgelenks, gewisse Formen von Recurrensparalyse etc. Referent erkennt im Wesentlichen die Berechtigung dieser Bezeichnung an und hält sie gegenüber dem Einwand aufrecht, dass es sich bei den obengenannten Zuständen nicht eigentlich um „parasyphilitische" Erkrankungen im Sinne Fournier's, sondern um Folgezustände syphilitischer localer Processe handele, für die also mehr die Bezeichnung „postsyphilitisch" am Platz wäre.

III. G. Martuscelli berichtet über „Experimentelle Untersuchungen am Bulbus olfactorius", deren Zweck war, festzustellen, wie sich nach verschiedenen Eingriffen an der Schneider'schen Membran die nervösen Elemente verhalten würden.

Es wurde an zahlreichen Meerschweinchen und Kaninchen die Wirkung der Aetzung mit Trichloressigsäure, der Galvanokaustik, der Behandlung mit dem

scharfen Löffel studirt und es stellte sich heraus, dass die Veränderungen der Zellen im Bulbus, die Redner genau beschreibt, am geringfügigsten bei dem letzteren Eingriff waren, ausgesprochener nach der Trichloressigsäureätzung und am stärksten nach der Galvanokaustik.

Fast stets konnte M. auch an dem Bulbus der nicht operirten Seite Veränderungen nachweisen; er erklärt dies durch eine Fortpflanzung auf centralem Wege.

IV. G. Prota: Tuberculosis vegetans der Nase.

Bei einer 17jährigen Patientin, die an Lupus der Knochen litt und am weichen Gaumen Zerstörungen aufwies, welche von einer — zum Theil noch bestehenden — lupösen Infiltration herrührten, fanden sich beide Nasenhöhlen ausgefüllt von röthlichen Tumormassen, die, wie die nähere Untersuchung ergab, vom Septum cartilagineum und dem Nasenboden ihren Ursprung nahmen. Die äussere Nase war geschwollen und geröthet. Die Untersuchung entfernter Tumormassen ergab das histologische Bild der Tuberculose mit typischen Tuberkeln und Riesenzellen. Weder in den Präparaten, noch im Auswurf, noch im Secret der Nase konnte bei wiederholter Untersuchung der Koch'sche Bacillus gefunden werden. Nach Ausräumung der Nasenhöhlen und galvanokaustischer Verätzung der Insertionsfläche der Tumormassen entstand auf beiden Seiten des Septums eine ausgedehnte Ulceration und schliesslich Perforation; nach zwei Monaten war die Nase wieder von Tumoren angefüllt. Die Untersuchung der Lungen ergab ein durchaus negatives Resultat. Redner ist wie sein Lehrer Massei, auf den er sich beruft, ein entschiedener Anhänger der Lehre von der Identität des Lupus und der Tuberculose.

V. Tanturri: Ueber Tuberculose der Zunge.

Ausgehend von zwei durch ihn beobachtete Fälle tuberculöser Ulcerationen auf der Zunge, die er in extenso wiedergiebt, recapitulirt Redner das bisher über diese Localisation der Tuberculose Bekannte.

VI. Della Vedova: Beobachtungen über die Aetiologie der Ozaena und über ihre Heilbarkeit mittels der Serumtherapie.

Redner schildert den heutigen Stand der von Bufanti und ihm im Jahre 1896 inaugurirten Lehre von der ätiologischen Bedeutung eines zur Familie des Diphtheriebacillus gehörenden Microorganismus, der sich in den Borken und auch in der Schleimhaut der Nase bei Ozaenakranken findet, und von der Heilbarkeit mittels Diphtherieheilserum. Nachdem diese Lehre im Lauf der Zeit verschiedene Modificationen hat erleiden müssen, formulirt Redner seinen und seines Mitarbeiters Standpunkt folgendermaassen: Die „Ozaena“ ist keine einheitliche Krankheit; das, was wir darunter zu verstehen gewohnt sind, ist der schliessliche anatomische Ausgang eines Processes, der auf verschiedener infectiöser Grundlage beruhen kann. So unterscheidet er in der Gruppe der „chronischen atrophirenden fötiden Rhinitiden“ eine Art, die durch den Abel-Loewenberg'schen Bacillus bedingt wird, eine zweite, deren Träger der von ihm genau beschriebene dem Diphtheriebacillus verwandte und daher „Bacillus similodiphthericus“ genannte Bacillus ist, und eine dritte, bei welcher sich beide Mikroorganismen vorfinden, Alle drei Arten sollen sich auch durch gewisse klinische Eigenthümlichkeiten un-

terscheiden. Um eine rationelle Therapie einleiten zu können, muss vorher durch die bacteriologische Untersuchung festgestellt sein, zu welcher Art von chronischer atrophirender fötider Rhinitis der vorliegende Fall gehört und nur dann, wenn der Nachweis geführt ist, dass es sich um einen durch den „Bacillus similodiphthericus" bedingten Fall handelt, kann die Diphtherieserumtherapie mit Aussicht auf Erfolg eingeleitet werden.

VII. Ambrosius: Ueber Ozaenatherapie.

Redner berichtet über die praktischen Ergebnisse, die er, als Assistent Della Vedova's, mit der Diphtherieserumtherapie in geeigneten Fällen von Ozaena erzielt hat. Während die sonst empfohlenen Behandlungsarten — medicamentöse Ausspülungen, Massage, Electrolyse — in Stich liessen, wurden bei der Ozaena mit Befund von Bacillus similo-diphthericus Erfolge erzielt, die, je nach der Schwere des Falles, von mehr oder minder ausgesprochener Besserung bis zur völligen Heilung variirten.

VIII. Tommasi: Die Krause'sche Methode der Behandlung chronischer Oberkieferempyeme.

Redner empfiehlt gegenüber der Eröffnung des Antrum vom Processus alveolaris oder der Fossa canina nur die Operation vom unteren Nasengang als die in mancher Beziehung vortheilhaftere Methode.

IX. Isaia: Schwere Stenose in Folge von gummöser Erkrankung des Larynx (Perichondritis cricoidea).

Redner will die gummöse Perichondritis zu der Kategorie der von Fournier sogenannten „parasyphilitischen" Affection gerechnet wissen; er begründet dies mit dem Hinweis auf die Erfolglosigkeit der specifischen Behandlungsmethoden, in Folge deren es nöthig ist, zu einem chirurgischen Eingriffe Zuflucht zu nehmen.

X. Grazzi: Betrachtungen über syphilitische Gummata des weichen Gaumens.

Redner betont an der Hand mehrerer von ihm beobachteter Fälle die Wichtigkeit der Frühdiagnose bei dieser Affection für die Vermeidung grosser Zerstörungen und dadurch bedingter Functionsstörungen.

XI. Strazza: Bacteriologische Untersuchungen bei einem Fall von typhösem Larynxgeschwür.

Redner demonstrirt Präparate von einem ausgedehnten Larynxgeschwür bei einem Typhösen, in welchen man sowohl auf der Oberfläche der Ulceration als auch in dem das Geschwür umgebenden Hof von kleinzelliger Infiltration kokkenförmige Mikroorganismen sieht.

XII. Della Vedova: Laryngofisssur bei einem sehr seltenen Fall von Larynxverschluss.

Ein $5^1/_2$jähriger Knabe war zweimal tracheotomirt worden; die erste Tracheotomie war durch die rechte Schildknorpelplatte hindurch gemacht worden und die dadurch bedingten Veränderungen hatten das Larynxlumen so verengt, dass zu einer zweiten Tracheotomie geschritten werden musste. Während 23 Monate fortgesetzte Behandlung (Intubationen etc.) zum Zweck der Erweiterung des Larynxlumens führte zu keinem Resultat; es trat im Gegentheil totale Atresie des

Larynx ein. Bei der drei Jahre nach der ersten „Tracheotomie" erfolgten ersten Untersuchung durch den Redner constatirte dieser die Undurchgängigkeit des Kehlkopfs und führt die Laryngofissur aus. Der Status praesens, 6 Monate nach der Operation, ist: Gute Mund-Nasenathmung: deutliche, aber rauhe Sprache; ungefähr alle 15—20 Tage muss Patient eine Stunde lang intubirt werden, da bisweilen in Folge von Secretansammlung im insensibeln Larynx nächtliche Erstickungsanfälle auftreten. Redner hofft, mittelst dieser Behandlung den Patienten zur völligen Heilung zu bringen.

XIII. D'Ajutolo: Geschichte eines Falles von sehr schwerer Tuberculose der Zunge mit Heilung.

Multiple ausgebreitete Geschwüre der Zunge heilten unter täglichen Aetzungen mit reiner Carbolsäure und Pinselungen mit 10 proc. Mentholöl, ausgiebigen Irrigationen der Mundhöhle mit alkalischen Lösungen, und innerer Darreichung von Eisen und Arsen.

XIV. Derselbe: Ein umfangreiches subglottisches Carcinom von polypoider Form.

Bericht über den einen 62jährigen Mann betreffenden Fall und Beschreibung einer vom Redner eigens zur Operation desselben construirten Schlinge,

XV. Trifiletti: Directe Besichtigung der Mündungen der Sinus maxillares in einem Fall von doppelseitigem Empyem.

Nach Entfernung der Polypen, die die ganze Nase ausfüllten, sah man unterhalb der Ansatzlinie der stark atrophischen mittleren Muscheln beiderseits den Eiter aus den Mündungen der Highmorshöhle herausquellen.

XVI. Masini: Ueber Messung der zur Geruchswahrnehmung nöthigen Zeit.

Redner hat vermittels von Methoden und Apparaten, von denen er eine detaillirte Beschreibung giebt, gefunden, dass die zur Wahrnehmung eines Geruchseindrucks nöthige Zeit geringer ist, als die zur Wahrnehmung von Gehör- und Gesichtseindrücken erforderliche, dass jedoch das Umgekehrte bei Tasteindrücken der Fall ist.

Finder.

IV. Briefkasten.

Einige Vorschläge in Betreff internationaler Congresse.

Von

Dr. P. Hellat (St. Petersburg).

Es ist eine Thatsache, dass nach jedem internationalen Congresse bei den Aerzten das Bewusstsein mehr und mehr reift, dass diese Congresse ihren Zweck: Centralstationen für das medicinische Wissen zu sein, nicht mehr erreichen, sich sozusagen überlebt haben. Ebenso ist es nun auch eine Thatsache, dass mit dem Niedergang der Congresse die Wissenschaft um einen mächtigen Heber ärmer sein wird. Es wäre also der Mühe werth, nach den Ursachen dieser Erscheinung zu

forschen. Viele derselben sind solcher Natur, dass weder die Administration, noch die Congressmitglieder irgendwie gegen sie ankämpfen können. — Im Gegentheil: sie wachsen mit der Zeit. Das Eintreten neuer Völker in das wissenschaftliche Concert vermehrt z. B. die Vielsprachigkeit, drückt das gegenseitige Verständniss. Ohne Frage giebt es aber andere, die eliminirbar sind. Das sind Unvollkommenheiten in dem Geschäftsgange, in den Anordnungen der Congresse.

Das Hauptinteresse der letzteren liegt, wie Jedermann zugeben wird, in dem lebendigen Austausch der Gedanken und Erfahrungen. Alles, was diesen Austausch hebt, hebt die Bedeutung der Congresse, und was ihn hindert, drückt dieselbe.

Es lässt sich nun nicht von der Hand weisen, dass der Modus des Gedankenaustausches, wie er bisher geübt wurde, nicht allzuviel zur Lebendigkeit desselben beiträgt. Derselbe bestand, wie wir wissen, darin, dass ein Vortrag gehalten wurde, an den sich Discussionen anschliessen sollten. Der Vortrag wird gewöhnlich abgelesen und dauert 15—20 Minuten, während für die Discussionen 5 Min. festgesetzt wird. Als officiell gelten gewöhnlich 3—4 der gangbarsten Sprachen Europas. Anderer Vorschriften und Einschränkungen will ich weiter nicht gedenken.

Wenn wir nun bedenken, dass nur seltene Ausnahmen unter den Theilnehmern alle diese Sprachen ihr eigen nennen können, in der Regel nur eine derselben verstanden wird und nicht selten sogar diese mangelhaft, so liegt es auf der Hand, dass dem Vortrage gewöhnlich nur $^{1}/_{4}$ der ganzen Versammlung unbehindert folgen kann. Es wird also viel gelesen, wenig gehört und noch weniger discutirt und somit das Zuerstrebende — der lebendige Gedankenaustausch auf ein Minimum reducirt.

Wie kann dem Abhülfe geschaffen werden? Dadurch, dass

1. das Lesen der Vorträge abgeschafft wird,
2. der Vortragende mündlich eine kurze Inhaltsangabe von seiner Mittheilung macht oder nur Thesen vorliest,
3. man die Discussionen nicht zu beschränken sucht, sondern auf sie den Hauptnachdruck legt und
4. gelesene Vorträge nur auf die Plenarversammlungen beschränkt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch eine solche Führung der Congresse der Inhalt derselben gewinnen würde.

ad 1. Es ist unnütze Zeitvergeudung und Geistverbrauch, in den Sitzungen weitschweifige Auseinandersetzungen zu hören, zumal man sie zu Hause viel bequemer lesen kann.

ad 2. Freie Mittheilung ist immer lebendiger, anregender und, was die Hauptsache, kürzer und auch den weniger Sprachkundigen unbedingt verständlicher.

ad 3. Wenn den Discussionen solche Beschränkungen auferlegt werden, wie z. B. bei dem letzten Congresse in der rhino-laryngologischen Section, wo Jedermann nur einmal in derselben Frage das Wort ergreifen konnte, so kann freilich ein „urbaner Ton“ erzielt werden, aber auch Flachheit, Interesselosigkeit und Tod des Congresses. — Wie Beispiele lehren, können auf diese Weise nicht einmal die gröbsten Missverständnisse — entstanden durch die Sprachverwirrung — aufgeklärt, geschweige denn eine allseitige Beleuchtung des Gegenstandes herbeigeführt werden.

Sollten diese Vorschläge für gewisse Sectionen nicht zutreffen, so könnten ja immerhin Ausnahmen gestattet werden. Dass aber vielbesuchte Sectionen, unter denen auch die laryngologische, auf diese Weise einen anderen Schwung bekämen, wird kaum Jemand bezweifeln.

[Weitere Meinungsäusserungen über die wichtigen, in obiger Zuschrift angeregten Fragen werden sehr willkommen sein. Red.]

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, December. 1900. No. 12.

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XVI. Jahrgang des internationalen Centralblattes
(vom 1. Januar bis 1. November 1900)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines, Parotis etc.

Im Verfolg der Artikel vom vorigen Jahr über die Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen stellt Semon (319) auf Grund der Vota einer grösseren Anzahl laryngologischer und otologischer Gesellschaften und Congresse fest, dass die überwiegende Majorität der Fachgenossen für die volle Unabhängigkeit der laryngologischen und otologischen Sectionen stimmt und eine Verschmelzung in eine einzige Section ablehnt. Dementsprechend wurde auf dem internationalen Congress in Paris der Antrag Semon's auf dauernde Trennung der beiden Sectionen in einer gemeinsamen Sitzung der laryngologischen und otologischen Section mit grosser Majorität angenommen.

Lehrbücher sind von Braden Kyle (259), C. G. Coakley (260), J. P. Brown (357), J. Sendziak (545) erschienen, das Handbuch von Heymann liegt abgeschlossen vor. — G. R. Head und A. H. Andrews (357) veröffentlichen ein Jahrbuch für Hals, Nase und Ohr.

In der Zusammenstellung der rhino-laryngologischen Literatur des Jahres 1898 weist Semon (1) auf den auffallenden Rückgang der Zahl besonders der amerikanischen Publicationen hin.

Historische Studien über die Entwickelung der Laryngologie veröffentlicht B. J. Church (61), E. Fletcher Ingals (2), letzterer für Amerika. Cheval (113) widmet den Fortschritten der Oto-Laryngologie in Belgien in den letzten 25 Jahren eine Arbeit. Eine Zusammenstellung polnischer Arbeiten giebt Spira (2). Jonathan Wright (114, 217) setzt die Referate über die neuere laryngo-

rhinologische Literatur fort. — Wm. J. Cox (422) veröffentlicht einen Aufsatz über Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, C. H. Powell (471) über Nasen- und Halsaffectionen.

Unter den Berichten über Kliniken ist zunächst derjenige Körner's (218) über die neu errichtete Universitäts-Klinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Rostock zu erwähnen. — Martuscelli (113) und Trifiletti (114) berichten über Massei's Anstalten in Neapel, Baurowicz (218) über Pieniazek's Klinik, Klotz (422) über den laryngo-rhino-otologischen Unterricht in Berlin und Wien.

Die Zahl der Arbeiten über Röntgenstrahlen ist in dem Berichtsjahre zurückgegangen, Wadsworth Warren (426) beleuchtet ihren Werth für die Laryngologie, Braden Kyle (217) für den Nachweis von Fremdkörpern, während Thurnwald (426) und A. Kuipers (426) ihre therapeutische Verwerthbarkeit bei Lupus hervorheben. Bouchacourt (439) hat Durchstrahlung vom Munde aus angestellt.

Den Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Rachens mit anderen Krankheiten behandelt Gugenheim (160), die Gehöraffectionen bei acuten und chronischen Krankheiten des Nasenrachens Hagedorn (159). Sendziak (471) unterzieht die Veränderungen der oberen Luftwege bei acuten Infectionskrankheiten einer Besprechung. — Winckler (373) kommt in einer Arbeit über die Gewerbekrankheiten zu dem Resultat, dass man erst nach Ausschliessung aller anderen Ursachen von einer Gewerbekrankheit sprechen könne. Die Affectionen sind entweder allgemein oder local in den oberen Luftwegen hervorgerufen durch Einathmung gasförmiger oder staubförmiger Substanzen. — John A. Thompson (472) weist auf Herzerweiterung als häufige Complication bei Nasenstenose hin. — Catarrh und Erkältung werden in den Publicationen von F. S. Milbury (471), J. B. Selman (471) (Wichtigkeit hygienischer Kleidung!), Redact. Notiz (371), G. H. Thompson (371), O. F. Baerens (472), Schellenschmidt (472) abgehandelt; Scheppegrell (371) betont die Wichtigkeit der frühen Behandlung der Catarrhe der oberen Luftwege. — Die Bedeutung der Allgemeinbehandlung bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten heben Barclay Baron, Wyatt Wingrave, Lennox Browne, Mac Naughton Jones und Dundas Grant (111 und 112) hervor.

Vedova und Ambrosini (471) veröffentlichen eine tabellarische Uebersicht der Maassverhältnisse in Kehlkopf und Nase auf Grund anatomischer Untersuchungen. G. Guerrini (114) hat die elastischen Elemente der oberen Luftwege histologisch bearbeitet. W. E. Mc Vey (157) veröffentlicht eine Arbeit über die Histologie und pathologische Anatomie der Halsschleimhaut.

Eine physiologische Studie über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen publiciren Mendelsohn und Gutzmann (159). Sie kommen zu dem Resultat, dass die Körperhaltung ohne Einfluss auf die Festigkeit des Abschlusses des Digestions- gegen den Respirationstract ist. Für primäres Verschlucken ist die im Liegen beeinträchtigte Athmung verantwortlich, für das secundäre — Aufhebung der Verschlüsse durch Husten — Differenzen in der Reflexerregbarkeit des Gaumens und der Rachenwand. Die Autoren betonen die Bedeutung dieser Dinge

für die Krankenpflege. — Bresgen (63) untersucht die Rückwirkungen des Schnäuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, sowie deren Regelung durch die Krankenpflege.

A. Lewandowsky (275) publicirt Kritisches zur Lehre von der Athmungsinnervation. — Mit der Mundathmung beschäftigen sich die Arbeiten von J. M. Crawford (275), J. L. Bunch (275), Ingersoll (517); Matthaei (275) sieht in dem Sportathmen — Tiefathmen bei geschlossenem Munde mit Anhalten des Athems auf $^{1}/_{4}$ Minute — ein hygienisches Hilfsmittel bei Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten. — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen von gesteigertem barometrischen Druck und von Fremdkörpern in Rachen, Speise-, Luftröhre und Kehlkopf veröffentlicht Geo W. Crile (472).

In der Hälfte der Fälle von Lichen ruber planus sah Stobwasser (157) eine Schleimhautaffection. Dieselbe kommt selten isolirt vor, sie kann vor der Hautaffection, gleichzeitig mit oder nach derselben auftreten und heilt ohne Localbehandlung unter Hinterlassung leukoplakischer Streifen. — Fälle von Schleimhautpemphigus beschreibt Menzel (157), der dieselben für ein Symptom chronischer Intoxication hält, Strübell (158) und Baurowicz (218).

Th. S. Flatau (374) bespricht in einer Arbeit die Hysterie der oberen Luftwege. — Einen Fall hysterischer Halsmuskellähmung theilt Schlesinger (61) mit. — Derselbe (158) versteht unter Hydrops hypostrophos wiederkehrende Oedeme der Haut, Schleimhäute und anderer Körperabschnitte (angioneurotisches Oedem).

Die Ruminatio humana ist nach C. Pariser (159) eine Reflexneurose des Vagus.

Fälle von Tetanus ohne Schlundmuskelkrampf beobachteten Czyhlarz (159) und v. Charante (159).

Goldschmidt (373) unterscheidet 4 Formen von Asthma: epilepticum, bronchiale, chronicum und permanens. Er fasst dasselbe als einen Kampf forcirter Exspiration gegen reactive Inspiration auf. Die Asthmacrystalle wirken dabei als reizende Fremdkörper. F. A. Packard (373) lenkt die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang von Urticaria der Schleimhäute mit Asthma.

R. W. Tate (128) publicirt 2 Fälle von Angina Ludovici, von denen 1 ad exitum, 1 zur Heilung kam. — C. A. Hamann (388) leitet die Infection bei Angina Ludovici von einer Infection 1. durch die Lymphwege bei einer Verletzung der Mund- und Rachenschleimhaut oder 2. durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen her. — Nach Cocar (388) entwickelt sich diese Affection, wenn ein schlechter Allgemeinzustand mit einer Localaffection des Mundes zusammentrifft. — Texier (389) heilte einen Fall durch sehr ausgedehnte Incision.

T. Beard (62) sieht in der Thymusdrüse die Quelle alles lymphoiden Gewebes. — Klinische Beiträge zum Status thymicus liefert M. Laub (424). — Den Thymustod besprechen M. Lange (63), M. L. Bonnet (423), Bryan und Walsh (63), H. D. Rolleston (424). König (62) heilte einen Fall von Hypertrophie der Thymus mit Compression der Trachea und Dyspnoe operativ.

Rille (61) hält Lymphdrüsenschwellungen, auch vereiterte, bei jungen Männern ohne nachweisbare Ursachen meist für syphilitisch, manchmal für sero-

phulös. — C. L. Schleich (422) erklärt die Exstirpation von Lymphdrüsen bei lymphatischen Kindern für falsch, bei Verkäsung empfiehlt er die Enucleation, bei Abscedirung Incision mit Tamponade. — Ferrari (115) beobachtete eine Pyosepticämie infolge von Bronchialdrüsenabscess, der mit dem Oesophagus communicirte, und möglicherweise durch Erweichung einer anthrakotischen Drüse mit Infection vom Oesophagus aus entstanden war. — Türk (423) kennt keine Pseudoleukämie, sondern eine Lymphosarcomatose.

Die Aetiologie, Symptome und Befunde bei Blutungen aus den oberen Luftwegen bespricht Réthi (278). Er leugnet auf Grund mikroskopischer Untersuchungen den hämorrhagischen Katarrh als besondere Form. — Flatau (472) legt mehr Werth auf die causale Behandlung, als auf die locale. — Gelatine in $2^1/_2$—5proc. Lösung bei Hämophilen empfehlen R. Heymann (323) und Bass (472), das Oxygen als Inhalation oder local G. W. Wagner (323).

Die Nasen- und Ohrencomplicationen bei Influenza bespricht S. F. Snow (219), die Tonsillitis und Pharyngitis membranacea Rosa Engelmann (372); Feindel und Froussard (372) Roseola. — Chauveau (220 und 372) sah nach Influenza adenoide Vegetationen verschwinden. — M. J. Austin (372) wies in 3 letalen Influenzafällen einen dem Influenzabacillus morphologisch gleichen Mikroorganismus nach, dessen Cultur ihm aber nicht gelang. — Nil Filatow (372) schildert 6—13 Wochen dauernde Influenzaanfälle, die sich vom Typhus durch Fehlen der Widal'schen Reaction, von Tuberculose durch Mangel der Bacillen und von Malaria durch Abwesenheit der Plasmodien unterscheiden.

In einem Referat auf der Münchener Naturforscherversammlung bespricht O. Chiari (277) die Tuberculose der oberen Luftwege, insbesondere die Frage der Infection, der Disposition und die Therapie. — Ueber die Verhütung der Infection in Heilanstalten und Curorten schreibt von Weismayr (115) (Sputumtaschenflaschen). — E. L. Shurly (472) bespricht die Anmeldepflicht und Absonderung Tuberculöser. — Auf die Wichtigkeit der Inspection der oberen Luftwege bei chronischen Lungenerkrankungen weist S. E. Solly (113) hin.

Suchannek (275) unterzieht die Scrophulose, ihr Wesen und ihre Beziehungen zur ruhenden Tuberculose der Mandeln, Halslymphdrüsen und benachbarter Organe einer Betrachtung.

P. Katschanowsky (63) heilt den Lupus durch Bestreuen mit Kalium permangan. O. Petersen (220) empfiehlt die Finsen'sche Behandlung, Thurnwald (426) und A. Kuipers (426) die Anwendung der Röntgenstrahlen.

Nach den Beobachtungen von Neumann (158) nimmt die Infectiosität der Syphilis mit der Dauer ihres Bestehens ab und erlischt meist mit 3—4 Jahren gleichzeitig mit dem Aufhören der sogenannten Secundärerscheinungen, tertiäre Krankheitsproducte sind nur ganz ausnahmsweise contagiös. — Fink (374) und E. S. Yonge (374) besprechen die Syphilis der oberen Luftwege. — Heller (158) weist pathologisch-anatomisch den Zusammenhang zwischen Syphilis und Aortenaneurysma nach.

M. Friedrich (423) wies bei 1 Fall von Rotz beim Menschen die Rotzbacillen nach.

89 Fälle von Sclerom der oberen Luftwege, darunter 78 aus Galizien veröffentlicht Baurowicz (218).

Haller (219) beobachtete einen Fall von Aktinomykose des Zungenbeins, Paschkowsky (220) einen Fall von Akromegalie.

Zur Diagnose der Lungentumoren empfiehlt Hellendahl (278) die Probepunction des Tumors.

Therapie. Ziffer (117) bespricht die Indication der Inhalationscuren. — W. J. Brokau (372) empfiehlt die Behandlung atrophischer und hyperplastischer Processe durch den elektrischen Strom; G. Betton Massey (220) die Behandlung des Carcinoms durch die kataphoretische Diffusion der Oxychlorverbindungen von Hg und Zn, eine redact. Notiz (117) bei Bronchectasien, Lungengangrän und Syphilis intratracheale Injectionen.

Dem Gurgeln legt Sänger (425) nur geringen Werth bei, während dasselbe nach Heryng (519) antiseptisch, antispasmodisch, narkotisch, adstringirend und resolvirend wirkt. In einer redact. Notiz (425) wird das Gurgeln bei zugehaltener Nase und nach hintenüber geneigtem Kopf empfohlen.

Medicamente. Gegen Asthma Heroin Floret (373), Atropin Riegel (115 und 373), Neumaier's Asthmapulver Goldmann (425). — Tuberculose: Duotal, Pyramidon, Heroin Pollak (518); Europheninunctionen Flick (115); Parachlorphenol Logucki (321), Isaia (322); Thiocol und Sulfosolkreosot Schnirer (116); Sirolin Goldmann (518); Glandulen Scognamiglio (116); Ichthyol Braden Kyle (217); Sol. Fowler und Zimmtmedication v. Stoffella (115); neues Tuberculin M. Araki (115) (32 Fälle, 15 geheilt, 10 unbeeinflusst, 4 verschlechtert, 3 gestorben); Glycerinextract der Nasenrachenschleimhaut von Schaf oder Ziege Fauvel (116). — Influenza: Phenocoll Villain (219). — Soor: Boraxglycerin, Acid. carbol. Langfred Symes (63); Natr. borat. redact. Notiz (423).

Diverse Medicamente: Protargol A. Alexander (3), H. J. Chapman (116 und 322), de Stella (323 u. 518); Phenolum natrio-sulforicinicum Baumgarten (3 u. 116); Thiol W. A. Wells (3); Tannoform Goldmann (4); Heroin Beketoff (117), Wierzbicki (117); Europhen, Oxygenwasser, Jodothyrin Isaia (322); Nosophen und Antinosin J. A. Lydston (322); Benzoinol + Resorcin L. E. Blair (322 u. 424); Dionin Heim (425), Hoff (518); Orthoform Braden Kyle (217); Pertussin Goldmann (518); 2 g Aether in Wasser bei Singultus F. W. Campbell (423); essigsaures Menthol bei Erbrechen nach Narkose J. H. Schall (325).

Nebennierenextract: Braden Kyle (217), H. L. Swain (4 und 323), J. C. Sharp (4), A. C. Wood (4), W. J. Hewes (4) [mit Cocain], E. Peters (323), W. W. Bullette (324), E. L. Vansant (324), A. G. Aldrich (324) [mit Borsäure].

Cocain: W. Köster (5), M. Mercier (5) [Contraindicationen], C. G. S. Godfrey (5) [Cocainismus], Bardet (5) [Cocain 2—4 pCt. in Aethylchlorid aufgestäubt ist weniger gefährlich als Injection und wirksamer als Aufpinselung], Bolognesie (5), Touchard (5), Milian (6) [empfehlen Bardet's Lösung],

Ceci (6) [Cocain und Morphin 0,01—0,03], Jonas (6) [Dauerlösung], Legrand (6) [Sterilisation].

β-Eucain besser als Cocain Wm. H. Poole (325).

Holocain ersetzt nicht Cocain, aber keine Contraction, keine Intoxication J. Guttmann (6). — Die Anwendung der Narcotica durch die Trachealcanüle bespricht W. M. Young (425). — Schleich'sche Anästhesie Scheppegrell (5), W. K. Mc Laughlin (325), W. Lathrop (325) [betont Gefahr des Athemstillstandes].

Intoxicationen: Cocainintoxicationen nach endolaryngealer Einspritzung von 0,3 Cocain ohne Blässe und Uebelkeit sah Herz (518). — Orthoformintoxication: Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Erythem beobachtete Albertin (4). — Jodintoxication nach 2 g J.Na. Franz (4). — Ag-Intoxication nach Aetzung des Rachens Méneau (2), Menzel (3), Schötz (410).

Instrumente: Electrische Bogenlampe zum Laryngoskopiren Lombard und Molteni (220). — Instrumentenständer für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte Goldschmidt (220). — Sterilisationsapparat für Instrumente Bronner (56).

E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen der Nase, Nasenrachenraum.

Baldewein (7) bespricht die in Hippokrates Schriften enthaltenen Capitel über Nasenpolypen und Fracturen der Nase.

Zuckerkandl (426) untersucht die Entwicklung der Concha bullosa.

Rollet (279) studirt die Wiederherstellung des Geruchs nach Schädigung des Geruchsorgans und stellt die dabei sich einfindende partielle Riechfähigkeit für gewisse Gerüche und die verbleibende Anosmie für andere Gerüche als für die Existenz einer Reihe von quantitativ verschiedenen Geruchsnerven sprechend hin. Nach Toulouse und Vaschide (279) ist das Geruchsvermögen bei Epileptikern ebenso entwickelt wie bei normalen Individuen, dagegen die Perception verringert; nach denselben Autoren (279) ermüdet der Geruchssinn von allen Sinnen am wenigsten und zwar vielleicht deshalb, weil derselbe nur während der Inspiration thätig ist, dagegen während der Exspiration ruht; schliesslich stellten sie fest (279), dass die Geruchsempfindlichkeit sich bis zum 6. Jahre entwickelt und dann abnimmt, dass dagegen das Geruchsunterscheidungsvermögen mit den Jahren zunimmt und dass der Geruchssinn der Frau früher und stärker entwickelt ist als der des Mannes. Patrik (7) fand an Personen mit Anosmie, dass die Ausbildung des Geschmacksinnes sie Dinge zu unterscheiden lehrt, die sonst von ihnen nicht erkannt würden. Nach Nique (280) muss man bei Geruchsstörungen die Geruchsschärfe quantitativ und qualitativ messen; er bespricht die Ursachen der Geruchsstörungen besonders die bei Sclerose des Mittelohrs häufig vorkommende Hyposmie. Als Ursache der angeborenen absoluten doppelseitigen Anosmie vermerkt Placzek (280) in einem bestimmten Falle als Ursache eine Entwicklungshemmung in der Gegend des Ammonshorns, vielleicht mit gleichzeitiger Atrophie des Tract. olf. Reuter (280) theilt die essentiellen Anosmien in 3 Gruppen ein,

in die nach Exstirpation von Nasenpolypen ohne Nebenhöhleneiterung zurückbleibende Anosmie, die Anosmie bei Ethmoiditis chronica und in die Anosmie bei Ozaena. Reuter (7) stellt aus der Literatur und seinen Beobachtungen die Fälle zusammen, in denen es vom klinischen Standpunkte gerechtfertigt erscheint, Alterationen des Geruchs auf Erkrankungen des Riechganglion zu beziehen. Scheinbar intranasale Geräusche beruhen nach Bergeat (8) oft auf Fortleitung von Bronchien, die catarrhalisch erkrankt und mit Schleim gefüllt sind. Moss (426) berichtet über die Bedeutung der Nasenathmung in der Kindheit.

Nach Jacob (374) kommen Verbiegungen des Septums der Nase beim Fötus vor; dieselben scheinen mit dem Vorhandensein des Jacobson'schen Organs in Verbindung zu stehen. Cordes (473) berichtet über die schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge in der Nasenschleimhaut.

Ueber die Untersuchung der Nase giebt Zarniko (7) eine Anleitung für den praktischen Arzt. Gleason (278) bespricht die Inspection der Nasenhöhlen. Mit dem Namen Rhinoskopia externa bezeichnet Bergeat (118) die Untersuchung des Naseneingangs, speciell des Recessus nasi mit einem unter dem Nasenloch eingeführten erwärmten Spiegel. Magenau (118) theilt mit, dass die Rhinoskopia externa schon vor Bergeat von Jurasz, Spiess, Czermak ausgeführt ist und zwar unter dem Namen der Rhinoskopia anterior. In einer Erwiderung hält Bergeat (118) seine Bezeichnung aufrecht.

Ueber die Therapie der Nasenkrankheiten berichten Kamm (8), Herzog (175).

Fink (162) macht auf die Bedeutung des Schnupfens bei Kindern aufmerksam; zur Behandlung des Schnupfens liefern Beiträge Nassauer (162, 326), Bresgen (473), Wood (326), Gleason (428); über die Behandlung des Nasencatarrhs schreiben Pratt (162), Rogers (162), Summer (330), Fowler (473), Bickford (327), Lermoyez (327). Gaston (428) macht auf die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborener aufmerksam; die Schwere dieser Affection bei kleinen Kindern liegt in der Enge der Nasenwege, deren wichtige Localbehandlung in Ausspülungen und Lufteinblasungen mit dem Politzer'schen Ballon besteht. Die Behandlung der Coryza besprechen Barton (163), Gaston (162), Red. Not. (327), Hallopeau (327), Red. Not. (327), Burton (327), Moure (428), Red. Not. (473), Millener (474). Réthi (168) empfiehlt, bei hypertrophischem Nasencatarrh die Secretion auf normale Bahnen zu leiten und die Nasenpassage wegsam zu machen. Die Formen und Behandlung der chronischen Rhinitis beschreibt Kenner (327). Ueber eitrige Secrete von der Nase schreibt Tilley (163), über eitrige Rhinitis Converse (328). Martuscelli (164) unterscheidet zwischen der Pseudo-Rhinitis caseosa, die als Begleiterscheinung von Nebenhöhleneiterungen, Fremdkörpern und zerfallenden Geschwülsten der Nase vorkommt und bei der sich alle hauptsächlichen Mikroorganismen finden, und der Rhinitis caseosa vera, deren Krankheitserreger wahrscheinlich der von Cohn als Streptothrix alba bezeichnete fadenförmige Parasit ist. Arslan (165) ist der Ansicht, dass es sich bei der Rhinitis pseudo-caseosa stets um eine durch Verlegung der Nasenhöhle bedingte Complication eitriger Processe handelt; Garello (165) steht bezüglich der käsigen Rhinitis auf demselben Standpunkt wie Arslan. Masini (475) beschreibt einen durch Streptotr.

alba erzeugten Fall von Rhinitis caseosa. Nach Morf (163) ist die Rhinitis fibrinosa in der Mehrzahl der Fälle diphtheritischer Natur, in einer Minderzahl sind bei ihr Klebs-Löffler'sche Bacillen nicht nachzuweisen, dagegen Strepto- und Staphylokokken. Wishart (330), der unter 7 Fällen fibrinöser Rhinitis 5mal Diphtheriebacillen fand, schliesst, dass Rhinit. fibrin. und Diphtheritis nicht verschiedene Krankheiten sind. Reichenbach (330) fand in 1 Falle von Rhinitis fibrinosa Diphtheriebacillen. de Stella (163) untersuchte 15 Fälle von Gonokokkenrhinitis bei Kindern und beschreibt 1 Fall. Corson (168) beschreibt einen durch Rhinitis syphilitica chronica bedingten Fall von chronischer Pachymeningitis. Red. Not. (332) giebt eine Verordnung gegen syphilitische Coryza der Kinder. Einen Fall von acuter septischer Rhinitis veröffentlicht Somers (328). Ueber Behandlung der atrophischen Rhinitis schreiben Braden Kyle (476), Moir (476). Nach Noebel und Löhnberg (476) beruhen die meisten als Ozaena imponirenden Naseneiterungen auf Erkrankungen der Keilbein- und Siebbeinhöhlen; die Therapie der Ozaena muss demnach eine chirurgische sein. Nach Cozzolino (328) ist der Bacillus mucosus der ätiologische Factor des Fötors und der Krusten bei Ozaena; dagegen liegt die Aetiologie der Knochenatrophie und der aus ihr folgenden Schleimhautatrophie in Ernährungsstörungen, die im Knochen selbst beginnen. Nach Hébert (328) secerniren die Ozaenamikroben ein lösliches Gift, das für Meerschweinchen toxisch ist. Der Ozaenaerreger ist nach Robineau (165) ein polymorpher, unbeweglicher Bacillus, bildet keine Sporen, färbt sich nicht nach Gram, hat eine fadenförmige Gestalt, in alten Culturen eine zusammengezogene. In Culturen producirt er Riechstoffe unangenehmer Natur. Morphologisch und biologisch gleicht er dem Friedländer'schen Bacillus, unterscheidet sich von ihm aber durch abgeschwächte pyogene Virulenz. George (165) hält die Ozaena für einen Symptomencomplex, der stets auf einer Eiterung im Naseninnern, am häufigsten der Nebenhöhlen beruht. Meslay und Violet (165, 328) fanden in 4 Fällen von Ozaena jedesmal die Friedländer'schen Pneumokokken. Chauveau (167) bespricht nervöse Herz- und Digestionsstörungen bei Ozaena. Desimoni (475) veröffentlicht 2 Fälle von wahrscheinlicher Ozaena-Epilepsie. Das Diphtherieserum hat nach Ostino (160) bei Ozaena nur vorübergehenden Erfolg, dasselbe gilt von der Thyreoidinbehandlung. Die Ozaena findet sich nach Meisser-Siebenmann (166) in der Regel nur bei Breitgesichtern; für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Ozaena müssen 2 Factoren zusammenwirken, die Chamäprosopie resp. weite Nasenhöhle und die Epithelmetaplasie der Schleimhaut der Nase. Ueber Chamaeprosopie und hereditäre Lues in ihrem Verhältniss zu Platyrrhinie und Ozaena berichtet Gerber (475). Therapeutische Bemerkungen zur Ozaena machen Bommier (167, 476), Gouguenheim (167), Bruck (167), Ferrari (329), M'Bride (329), d'Ajutolo (434), Siebenmann (476).

Freudenthal (119) beschreibt einen Fall von nasaler Hydrorrhoe, von demselben Patienten legt F. (428) 120 ccm Flüssigkeit vor, die demselben aus der Nase geträufelt war. Melzi (474) beschreibt 1 Fall von nasaler Hydrorrhoe; Red. Notiz (474) giebt eine Verordnung gegen nasale Hydrorrhoe.

Spontanes Abfliessen von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase beschreiben St. Clair Thomson (46), Hektoen (474), Freudenthal (474), Hull (474), Fister (428).

Gradenigo (121) glaubt an eine Disposition zum Heuschnupfen, insofern infolge besonderer Configuration der Nasenhöhlen die Pollen leicht in die oberen Regionen derselben gelangen können.

Garel (121) sieht das Heuasthma als eine Abart der Rhino-Bronchitis spastica an; er unterscheidet eine periodisch auftretende Form, das eigentliche Heufieber und eine nicht periodisch auftretende, die jeder Zeit vorkommen kann: beide Formen können sich mit richtigen asthmatischen Anfällen compliciren. Bei der Entstehung des Heuasthmas wirken nach G. zusammen nervöse Empfänglichkeit, locale Hyperexcitabilität und äussere Reize. Kurze und therapeutische Bemerkungen über Heuasthma machen Dunn (121), Castex (121), Cobb (122), Rixa (122), Wright (122), Douglass (123), Ingals und Ohls (123), Eshner (123), Wilcox (124), Mays (124), Red. Notiz (124), Hollopeter (124), Murrell (124), Smith (125), Douglas (382), Wright (382), Molinie (382), Müller (382), Clark (382), King (382), Dunn (382), Wetherby (382), Carpenter (383).

Das nasale Asthma wird nach Mc Bride (381) erzeugt durch Heufieber, Nasenpolypen, besonders kleine, hypertrophisch entzündliche Zustände und Deviation des Septum; die daraus resultirenden therapeutischen Eingriffe sind im Referat einzusehen. Cohen-Kysper (381) macht für das nasale Asthma eine Hyperästhesie der Athmungsempfindung verantwortlich, indem die Reflexe nicht von den Endausbreitungen des Vagus, sondern von dessen Centrum ausgelöst werden. Hall (120) macht eine Mittheilung über Asthma in Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege, Martin (120) über Asthma und seine Behandlung, Armstrong (123) über nasale Behandlung bei Asthma, Dunn (381) Bemerkungen über Asthma als Symptom von Harnsäure-Collämie; letzterer ist der Ansicht, dass der Harnsäurereiz auf die intranasalen Gewebe und die Bronchialschleimhaut eine gewöhnliche Ursache von Asthma ist und dass die begleitenden Nasenpolypen eine Folge der Reizung des Ethmoidalgewebes durch die Harnsäure sind. — Vgl. a. die wichtige Discussion (361).

Lacroix (119) berichtet über 1 Fall von Nasenschwindel, der nach Operation von 3 kleinen Nasenpolypen schwand.

Burrell (383) berichtet nichts Neues über Reflexneurosen in Folge von nasaler Verstopfung. — Abbate (119) beschreibt 1 Fall von Nasen-Epilepsie.

Holbrook Curtis (331) beschreibt als Rhinödem einen dem Heufieber ähnlichen ödematösen Zustand der Nasenschleimhäute, der von keinem äusseren Einflusse, wie Pollenstaub, abhängig ist, nicht zu bestimmten Zeiten periodisch auftritt, sondern Monate lang anhält. Die Schleimhaut ist schwammig, blass, mit einem bläulichen Stich, die Nase ist verstopft und wird durch Cocain nicht frei. Als Behandlung empfiehlt C. hydriatische Maassnahmen. Gradle (331) beschreibt 3 Fälle von Oedem der Nasenschleimhaut und ödematösem Verschluss der Nasenwege.

Zur nasalen Irrigation giebt Ryerson (326) eine Verordnung. Lichtwitz

(326) beschreibt als Gefahren der Nasendouche Störungen des Geruchsinnes, Kopfschmerz und Mittelohreiterung. Braden Kyle (326) schreibt über Gebrauch und Missbrauch der Douche. Shau (118) sondirt nach Cocainisirung den Ductus nasalis, indem er unterhalb der unteren Muschel in seine Mündung eingeht.

Nach Donogány (173) kommen Blutungen von dem knorpligen Septum meistens durch locale Veränderungen zu Stande, die pathologischen Charakter — Gefässerweiterung — oder embryonalen Ursprung — Corpus cavernosum — haben. Das subepitheliale Bindegewebe erschwert durch seine stärkere Entwicklung die Entstehung von Blutungen, erleichtert sie durch seine Atrophie oder sein Fehlen. Dock (169) beschreibt 1 Fall von letalem Nasenbluten mit Blutuntersuchung, da Costa (170) veröffentlicht 2 Fälle von Nasenbluten bei Typhus. Kompe (170, 333) theilt 5 Krankengeschichten von Nasenbluten als Frühsymptom der Gehirnerweichung unter Berücksichtigung der Beziehungen beider Krankheiten zur Arteriosclerose mit. Marx (170) leitete einen Abort wegen unstillbaren Nasenblutens ein. A. Rosenberg (131) schreibt über Nasenbluten bei Kindern.

Natier (171) beschreibt 3 Fälle von spontaner Blutung aus dem Septum; in einem dieser Fälle lag eine Ruptur der Art. spheno-palatina vor. Red. Not. (333) erwähnt als Ursache des Nasenblutens bei Kindern adenoide Vegetationen, Rhinitis und Trauma; vicariirende Menses, Anämie, Nephritis, Fremdkörper in der Nase. Red. Not. (333) macht Mittheilung über spontanes Nasenbluten. Goldstein (169) beschreibt 1 Fall von unstillbarem Nasenbluten bei einem Hämophilen. Compaired (479) beschreibt häufig wiederkehrendes Nasenbluten nach Verlauf eines typhösen Fiebers; als Ursache stellte sich ein Riss des inneren Zweiges der Art. spheno-palatina heraus. Fitzpatrick (479) theilt 1 Fall von schwerem Nasenbluten nach galvanokaustischer Abtragung der rechten unteren Muschel mit. Manasseh (335) schildert 1 Fall von Nasenbluten, verursacht durch einen Blutegel. Cobb (478) macht auf die Häufigkeit von Nephritis als Ursache von Nasenbluten aufmerksam und fordert in jedem Falle die Untersuchung des Urins. Kelly (478) schildert 4 Fälle von Nasenbluten aus den Ethmoidalvenen. Richmond (479) erhielt Blutung durch den Thränencanal nach Tamponade der Nase. Clevenger (479) beschreibt eine Blutung in den Conjunctivalsack durch den Ductus nasalis nach operativer Entfernung einer Spina. Zur Behandlung des Nasenblutens machen Mittheilungen Seiler (170), Myles (171), Gillette (171), Rendu (171), Cornik (171), Watson (172), Caroll (172), Raugé (172), Scheinkman (172), Roche (172), Freudenthal (172), Berini (333), Donellan (479), Shaw (480), Tudkins (480), Richards (480), Red. Not. (480), Rendu (480), Wilson (480), Frochon (480), Rendu (334), Gleason (334), Raugé (334), Red. Not. (334). Ueber Tamponade der Nase schreiben Courtade (172), Peters (172).

Seiler (427) macht darauf aufmerksam, dass seit der unmässigen Anwendung des Cocains durch Laien zu temporärer Beseitigung von Nasenverstopfung Gesichtseruptionen häufig geworden sind: so wurde Acne rosacea im Verein mit Rhinitis atrophicans, Acne punctata im Verein mit hypertrophischer Rhinitis beobachtet.

Vail (434) beschreibt einen Abscess nasalen Ursprungs.

Einen Beitrag zur Frage der Entstehung der Nasensteine liefert Meyer (126).

Fälle von Fremdkörpern in der Nase beschreiben Carrière (126), Ostino (127), Sakheew (127), Humphreys (431), Sturrock (431), Thompson (432), Tyler (431).

Lacoarret (325) berichtet über professionelle Argyrie bei Feuerwerkern; die Einathmung der Silbersalze hatte eine atrophische Rhinitis mit Schwarzfärbung der Schleimhaut herbeigeführt.

Lermoyez (380) beschreibt 1 Fall systematischer Abulie: die betreffende Patientin konnte infolge congenitaler Missbildung der Nasenmuscheln durch die Nase nicht athmen; auch nach Resection der unteren Muscheln athmete die Patientin durch den Mund. Bei Mundverschluss wird sie auch jetzt noch cyanotisch und asphyktisch: es handelt sich um ein psychisches Phänomen bei einer Hysterica. Rhéti (173) theilt die Verbildungen der Nasenscheidewand ätiologisch in traumatische, compensatorische und physiologische ein. Die Symptome betreffen Störungen der Respiration, der Sprache, des Geruchs und Geschmacks, der Augen, des Nervensystems.

Wright (375) macht Bemerkungen zur Pathologie der Nasenscheidewand. Malherbe (375) empfiehlt ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen durch Zerstückelung. Harris (375) beschreibt 1 Fall von Nekrose des Septums. Bayard Shields (375) schreibt einen Artikel voll von Irrthümern über die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre operative Behandlung. Ross (377) bespricht in einer Vorlesung über Septumdeviationen die Methoden von Bosworth, Roe, Watson, Gleason und besonders Asch. Stein (377) berichtet über 1 Fall von Displacirung der Nasenbeine und Deviation des Septums. Bönninghaus (174) resecirt nach Krieg das knorpelige Septum, soweit es deviirt ist, von der convexen Seite aus mit Einschluss der Schleimhaut, Knorpelhaut und des deviirten Knochens. Baumgarten (174, 375) empfiehlt das Schleich'sche Verfahren bei Operationen von Septumverbiegungen und Leisten. Red. Not. (376) empfiehlt für einfache Septumverbiegungen die Bosworth'sche, für die anderen die Asch'sche Operation. Evans (376), Hamilton (376) empfiehlt bei Septumverbiegungen die Asch'sche Operation. Myles (376) operirte in 1 Falle nach Gleason. Mayer (376) hatte bei 300 Asch'schen Operationen nur 1 Recidiv. Gleason (377) empfiehlt seine Operationsmethode.

Breitung (174) bespricht die Bedeutung der elektrischen inneren Massage der Nasenschleimhaut für den practischen Arzt und ihre Technik. Fein (168) empfiehlt die Abtragung der hinteren Muschelhypertrophien mit der von ihm angegebenen Doppelscheere. Ostmann (168) combinirt die Anwendung des Galvanokauters und der kalten Schlinge bei Entfernung der hinteren Hypertrophien der unteren Muscheln. Stuckey (330) empfiehlt für die Operation der Fälle, in denen mit der Schleimhaut auch Knochen der Muscheln entfernt werden müssen, die Holmes'sche Scheere. Pynchon (432) entfernt einen Theil der erkrankten mittleren Muschel mit einer geschützten Trephine, die abhängige Partie nimmt er mit der Nasenscheere und der kalten Schlinge fort. Polyák (477) berichtet eingehend über die Behandlung der Nasenmuschelhypertrophien. Bruck (168) empfiehlt zur Abtragung der Verdickungen der Nasenschleimhaut protrahirte Ab-

schnürung mit der kalten schneidenden Schlinge. Prince (330) entfernt aus der hypertrophischen Nasenmuschel Stücke aus der ganzen Länge derselben mit der Zange. Berini (330) bespricht die beiderseitige Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln und ihre reflexive Einwirkung auf den Magen. Price Brown (378) empfiehlt $^2/_8$ Zoll dicke Gummischienen zum Einlegen in die Nase nach intranasalen Operationen. Stucky (432) bespricht die Chirurgie der Nasenmuscheln. Woolen (432) bespricht einige Indicationen intranasaler Chirurgie. Richards (433) zählt aus der kleinen Chirurgie der Nase und des Halses eine Reihe von Eingriffen auf, die der allgemeine Practiker selbst leicht ausüben kann.

Preindlsberger (119) bespricht 2 Fälle von Rhinoplastik nach von Hacker. Urbanowitsch (119) ersetzte die Nasenflügel aus der Wange. Berger (427) operirte 4 Fälle nach Tagliacozzi; zur Erleichterung der Fixation des Armes am Kopfe hat er besondere Apparate construirt.

Laton (433) berichtet nichts Neues über einige Missbräuche in der Nasenchirurgie. Crainton (432) empfiehlt den Gebrauch des Galvanokauters in der operativen Behandlung von Nase und Hals dem Practiker. Mullen (434) mahnt zur Vorsicht beim Gebrauch des Galvanokauters in der Nase. Nach Roy (433) wird Spray und Galvanokaustik zu oft und zu kritiklos angewendet. Kyle (377) empfiehlt die Asch'sche Operation, desgleichen Booth (377).

Cox (378) berichtet nichts Neues über die Diagnose der gewöhnlicheren Formen der Nasenverstopfung. Hæmilton (378) berichtet über 1 Fall von Nasenstenose bei einem Kinde mit hereditärer Lues. Lim Boom Keng (335) beschreibt einen Fall von Nasenverstopfung durch einen Blutegel. Bock (167) empfiehlt die Elektrolyse zur Beseitigung von Difformitäten des Septums.

Barrago-Ciarella (520) schildert eigenartige Gebilde, die er mehrfach in Nasenpolypen fand; er hält sie für Parasiten, ohne indess ihre parasitäre Natur zu erweisen. Grosse Nasenpolypen beschreiben Rimscha (221), Coston (221), Muckerji (520). Loeb (521) entfernte 107 Polypen in einer Sitzung mit der Loeb'schen Glühschlinge. Albertin (429) musste bei einem Kranken wegen eines umfangreichen Polypen die Aussenwand der Nase nach Ollier umklappen. Royet (429) entfernte einen Nasenpolypen, in dessen Centrum sich ein nadelförmiges Stück von echtem Knochen befand. Breitung (221) schildert einen schweren Collaps nach Nasenpolypenoperation bei einem 50jährigen Arteriosclerotischen. Sinolencki (520) schildert 1 Fall von ungewöhnlich grossen und multiplen Nasenpolypen.

Fälle von Nasencysten theilen mit Cisneros (221), Caro (221), Hamilton (221). Newcomb (521) beschreibt eine knöcherne Cyste in der mittleren Muschel. Schlagenhaufer (8) berichtet über 1 Fall von cystischer Entartung der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Hasslauer (519) berichtet über 281 Fälle von Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen. Cormes (431) schildert 2 Fälle von Nasengeschwülsten, bei denen der klinische Befund und die mikroskopische Untersuchung irreführten. Martuscelli (222, 429) beschreibt ein einfaches Angiom der Nasenhöhle. Casselberry (520) schildert den blutenden Septumpolypen: derselbe sitzt am vorderen Theile des Septum, ist erbsen- bis hasel-

nussgross. Grössere Tumoren an dieser Stelle sind suspect auf Sarcom. Eine Neigung zu Recidiven besteht nicht. Coomes (222) beschreibt grosse vasculäre Tumoren der Nase und des Pharynx. Rivière (430) theilt 1 Fall von Osteomen der Nasenhöhlen mit. Reale (520) berichtet über ein Papillom der Regio vestibularis der Nase. Kaposi (118) beschreibt ein Granuloma nasi.

Gourdat (430) liefert einen Beitrag zum Studium der malignen Geschwülste und der tuberculösen Pseudo-Neubildungen der Nasenhöhle. Fälle von malignen Tumoren der Nase führen an Sendziak (221), Pluder (222), Tschlenow (222), Heidingsfeld (224), Bronner (224), Eliot jr. (224), Freiberg (224), Pozzi (224), Shelmire (431), Harris (521), Baker (222), Kongert (522), Eiler (375), Frémont und Demerlink (478), Day (224), Wright (225), Boudin (223), Kanasagi (223), Martin (223), Harris (223), Lederman (223). Martuscelli (223) hat beobachtet, dass Sarcome der Nasenhöhle gutartiger sind als die anderer Körperregionen und dass sie geringe Neigung zu Recidiven haben; als Grund hierfür giebt er an, dass diese Sarcome infolge langsamer Transformation aus den gewöhnlichen Nasenpolypen entstehen; diese gutartigen Sarcome sind aber in der That Endotheliome, d. h. Tumoren, deren Ursprung von dem Endothel der Lymphgefässe oder Blutcapillaren sich verfolgen lässt. Daneben kommen in der Nase auch Sarcome vor, die sich durch rapides Wachsthum Uebergreifen auf die Knochen, letalen Verlauf als maligne kennzeichnen.

Nach Wertheim (433) kann Infection nach Operationen der Nase local sein, d. h. beschränkt auf das Operationsfeld oder allgemein, indem die Bacterien sich durch die Lymphbahnen und Blutgefässe verbreiten. Die Eingriffe müssen aseptisch vorgenommen werden, da die Gefahr in der Einbringung von Keimen von aussen her liegt; die in der Nase befindlichen Mikroorganismen sind gewöhnlich infolge der natürlichen Schutzvorrichtungen der Nase unschädlich. Pantzer (433) berichtet über 1 Fall von Septikämie nach einer Colotomie; er will nasale Complicationen bei 30 pCt. seiner operirten Fälle beobachtet haben.

E. u. G. W. Wende (427) besprechen das Rhinophym: die Erkrankung begann in dem vorliegenden Falle mit einem Erythem, es folgte eine dauernde Hyperämie der fibrösen Gewebe und schliesslich eine erhebliche Hypertrophie. Als Ursache sehen die Verf. den reichlichen Biergenuss an. Rille (118) operirte in 1 Fall von Rhinophym mit Keil- und Flachexcisionen.

Rona (225) schildert an der Hand von 16 Fällen von Rhinosclerom die Verbreitungsverhältnisse desselben in Ungarn; das Rhinosclerom ist nach R. eine endemische Krankheit wie die Lepra; Ungarn nimmt unter den Staaten den vierten Platz in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms ein und stellt demnach ein Rhinosclerомgebiet dar. Bunzl-Federn (225) veröffentlicht 1 Fall von Rhino-Laryngo-Trachealsclerom mit bacteriologisch und mikroskopisch positivem Befund, das mit Curettage und Intubation behandelt wurde. Róna (521) giebt ferner an, dass in 1 Falle das Rhinosclerom von hochgradiger regionärer Lymphdrüsenschwellung begleitet war, dass die mikroskopische Untersuchung dieser Lymphdrüsen einen subacuten entzündlichen Process gezeigt hat und dass die Lymphdrüsen Lymphe enthielten, welche üppige Sclerombacillenculturen ergaben. Lehrmann (522) beschreibt 1 Fall von Rhinosclerom, der durch Carcinom com-

plicirt war. Gerber (522) berichtet über 10 Fälle von Sclerom, insbesondere in Ostpreussen, von denen nur einer ein typisches Rhinosclerom war, die anderen in der Nase nur unwesentliche Veränderungen und die eigentliche Localisation der Krankheit im Kehlkopf zeigten. G. hält das Sclerom der Athemwege für eine nicht seltene, sich ausbreitende Infectionskrankheit, gegen die prophylactische Maassnahmen geboten sind. Baurowicz (522) schildert das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen. Nymola (430) beschreibt 1 Fall von Rhinosclerom der Nase und des Kehlkopfes.

Cheatham (279) macht eine Mittheilung über Hygiene der Nase. Stein (426) berichtet nichts Neues zur Hygiene der Nase.

Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen besprechen Thompson (125), White (125), Conachie (125), Jersey (125), Parmentier (125), Hajek (126), Red. Not. (126), Vansant (126), Donovan (381).

Ball (120) beschreibt paroxysmales Niesen und verwandte Affectionen, Wells (120) einen Fall von ausserordentlich häufigem und lange anhaltendem paroxysmalem Niesen; die Heilung erfolgte durch galvanokaustische Aetzung der Muscheln. Sogenannte sternutatogene Zonen — Nieszonen — beschreibt Bordier (119).

Braden Kyle (7) stellte 200 Impfungen mit Nasenbacterien an: nur wo in der Nase Secrete und Staub sich anhäufen, wo die Widerstandskraft der Gewebe herabgesetzt ist, da bilden die veränderten und aufgehäuften Secrete den geeigneten Boden für die Wucherung der Bacterien. Nach Monari (161) ist die Zahl der in der Nase enthaltenen Keime gering; sie fehlen aber nie ganz, finden sich in den vorderen Regionen der Nase zahlreicher als in den hinteren; die pathogenen Mikroorganismen nehmen unter ihnen einen sehr geringfügigen Raum ein. Dunn (161) bemerkte auf Chromsäureätzschorfen, die er am Septum machte, Rasen von Aspergillus glaucus. Simoni (161) untersuchte 40 Personen — 10 mit gesunder, 30 mit catarrhalisch afficirter Nasenschleimhaut — bacteriologisch; er fand bei 3 Gesunden und 18 an chronischem Nasencatarrh Leidenden Pseudo-Diphtheriebacillen. Viollet (426) impfte Tuberkelbacillen in die Nasenhöhle von Meerschweinchen; diese starben 4—5 Wochen später an tuberculöser Infection; der Nasenschleim enthielt Koch'sche Bacillen. Niel (332) liefert einen Beitrag zum Studium der Aspergillose der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Hodara (427) giebt eine Verordnung zur Behandlung der subnasalen Sycosis. In einem Falle von chronisch-catarrhalischer Rhinitis fand Stein (331) im Ausfluss den Streptococcus erysipelatis. Aguilo (331), Stein (429) beschreiben Fälle von Erysipel der Nase. Losew (8) veröffentlicht einen Fall von Septicopyämie in Folge von Nekrose der Knochen der Nasenhöhle.

Görke (169) untersuchte einen tuberculösen Nasentumor, der in der Nähe der Riesenzellen und innerhalb derselben eigenthümliche Gebilde von verschiedener Gestalt zeigte, die sich als Kalk und Elacin — letzteres ein Degenerationsproduct des Elastins — herausstellten; die Tuberkelbacillen fanden sich spärlich; der Bacillenbefund ist differentialdiagnostich entscheidend gegenüber der Fremdkörperchentuberculose und den syphilitischen Granulomen. Prota

(478) beschreibt ein Fall von vegetativer Tuberculose der Nase. Preysing (519) veröffentlicht einen Fall von Tuberculom der Nasenscheidewand.

Hollaender (169) empfiehlt zur Beseitigung des Nasenlupus seine Methode der Heissluftcauterisation, bei der das lupöse Gewebe modificirt wird, während das gesunde leben bleibt. Hellat (332) heilte 1 Fall von Lupus der Nase mittelst Galvanokaustik. Duret (427) berichtet über Wiederherstellung von Nasenöffnungen, die durch lupöses Narbengewebe zur Obliteration gebracht sind.

Pairier (169) beschreibt einen syphilitischen Nasenschanker. Red. Not. (332) berichtet nichts Neues über Syphilis der Nase und des Schlundes. Red. Not. (332) giebt eine Verordnung gegen syphilitische Coryza der Kinder. Gilbert (332) unterscheidet bei der tertiären Syphilis der Nasennebenhöhlen die nasale Form, die begrenzt bleibt und deren Prognose relativ günstig ist und die orbito-cerebrale Form, die mit mehr oder weniger schweren Gehirncomplicationen einhergeht; die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen ist selten primär, es gehen fast stets gummöse Knochenerkrankungen der Nasenhöhle voraus. Ueber Syphilis der Nase machen Mittheilungen Brown (477), Brenholtz (478), Foucher (478), Wood (478).

Ueber typöse Geschwüre der Nase berichten Bernard und Pehn (332, 428).

Leuten mit hypertrophischer Rhinitis, die Raucher sind, empfiehlt Dicken (329) den Rauch durch die Nase zu blasen. Ueber die enge Beziehung zwischen Nase und Schädelhöhle als Ursache von Gehirnerkrankung schreibt Kraus (9). Den Zusammenhang der Nasen- und Ohrenerkrankungen besprechen Milligan (9), Red. Notiz (9). Nasenerkrankungen als ursächliche Factoren für Augenerkrankungen behandeln Mc Kimmie (8), Grant (174), Rischawy (9), Scheff (523), Elliot (477). Ueber Schilddrüsenmetastasen in der Nasenhöhle schreibt Harmer (222).

Haag (379) berichtet über Gesichtsschädelform, Aetiologie und Therapie der angeborenen Choanalatresie, Morf (379) über einen Fall von angeborenem Choanenverschluss, desgleichen Pluder (378), Ullmann (380), Crull (380) über je 1 Fall. Flatau (433) resecirte bei Operation des knöchernen Choanenverschlusses zuerst die untere Muschel und meisselte dann, unter Digitalcontrolle vom Nasenrachenraum her, die Knochenplatte, die die eine Choane verschloss, durch. Rule Fritts (378) berichtet über 2 Fälle von Verschluss der hinteren Nase.

Preiswerk (435) liefert Beiträge zur Corrosionsanatomie der pneumatischen Gesichtshöhlen. Buys (281) giebt eine Beschreibung der Anatomie und Pathologie der Gesichtshöhlen an der Hand von in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten, decalcinirten und mit dem Rasirmesser geschnittenen Präparaten. Nach Pelaez Villegas (523) ist die Anordnung der Ethmoidalzellen eine sehr wechselnde und daher auch die Topographie der zu den verschiedenen Nebenhöhlen führenden Eingangsöffnungen keine reguläre. Er schlägt vor, die bisherige Eintheilung der Siebbeinzellen in vordere und hintere fallen zu lassen. — Lapalle (281) giebt eine statistische Uebersicht über 169 Sectionen der Gesichtshöhlen.

Jacques (282) beschreibt Nebenhöhlenentzündungen mit Befund von Coli-

bacillen. Jacques (282) schildert die latenten Nebenhöhlentzündungen, für die er die Radicaloperation, d. h. weite, möglichst frühzeitige Eröffnung vorschlägt. Stout (285) veröffentlicht 7 Fälle von chronischem Empyem der Nebenhöhlen der Nase. Die negative Luftdouche empfiehlt Rhéti (435) als diagnostisches Hilfsmittel bei Nebenhöhleneiterung. Bean (436) giebt eine kurze Uebersicht über Symptomatologie und Diagnose der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Snow (524) meint, dass Kopfschmerz in 75 pCt. der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen ist. Dombrowski (525) beschreibt die Methode der Probepunktion der verschiedenen Nasennebenhöhlen. Shadle (15) behandelt die Aetiologie und Diagnose des Empyems der Nasennebenhöhlen. Veis (15) bespricht die Nebenhöhleneiterungen in ihrer Wichtigkeit für den praktischen Arzt. Betts (15) bespricht eitrige Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Seifert (15) braucht zur Diagnose der acuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase das negative Politzer'sche Verfahren. Greiffenhagen (15) schreibt über Nebenhöhlenempyeme und ihre Folgekrankheiten. Lichtwitz (15) bespricht an 149 Fällen die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen. Stout (16) berichtet über 7 Fälle von chronischem Empyem der Nasennebenhöhlen, auch bespricht er die verschiedenen Operationsmethoden und meint, dass viele Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung durch Paracentese von der Nase aus heilbar sind. Braden Kyle (281) behandelt die Beziehungen der Nase und Nebenhöhlen zu Zahnläsionen. Bryan (281) legt dar, dass Affectionen der Stirnhöhlen sich oft mit reflectorischen Augenstörungen compliciren. Abscesse der Orbita sind meist Folgen der Ausdehnung von Entzündungsvorgängen einer der Nebenhöhlen, besonders der Stirnhöhle. Boucher (523) berichtet über Nasennebenhöhlen- und Mittelohrcomplicationen bei Grippe, Tanturri (285) betont den Zusammenhang zwischen den Tumoren der Highmorshöhle und der Nasenhöhle; derselbe ist besonders bei den Carcinomen vorhanden, die sich mit Vorliebe im Drüsengewebe der Antrumschleimhaut entwickeln.

Nach Pearce (12) ist Infection der Kieferhöhlen in manchen Fällen von Scharlach und Diphtherie gewöhnlich; im Eiter findet man Diphtheriebacillen, Eiterkokken und Pneumoniekokken. Straight (286) berichtet über 1 Fall von doppelseitiger Kieferhöhlenerkrankung. Ohls (286) empfiehlt bei Antrumempyem die von Vausant angegebene Heissluftmethode. Nach Schultz (286) geht die Entzündung der Schleimhaut der Kieferhöhle nicht immer in Empyem aus; die Symptome bestehen dann in Schmerzen, Hyperpyrexie und Schwellung. Hennebert (286) behandelte ein Empyem der Oberkieferhöhle mit Trepanation von der Fossa canina, Auslöffelung und Cauterisation mit Cl Zn. Harris (286) beschreibt 1 Fall von Erkrankung der Kieferhöhlen. Bolkenius (286) stellt die einschlägigen Behandlungsmethoden bei Empyem der Kieferhöhle zusammen. Dresel (286) veröffentlicht 45 Fälle von Kieferhöhlenempyemen, welche von der Fossa canina oder vom Alveolarfortsatz aus operirt wurden; es kamen 26,09 pCt. zur Heilung. Thomsen (287) berichtet über 1 Fall von Kieferhöhlenempyem. Grünwald (287) berichtet über 106 Erkrankungen der Kieferhöhle; für die Heilbarkeit des Einzelfalles fällt nach G. ins Gewicht: Die bisherige Dauer der

Erkrankung, die Art des Secrets, die Befunde innerhalb der Nase und an den Zähnen. Koerner (287) beschreibt ein Instrument, mit dem er das Antrum zu diagnostischen Zwecken anbohrt und ev. ausspült. Spiess (287) schildert einen Sequester in Alveolarfortsatz nach Anbohrung der Oberkieferhöhle. Curtis (287) beschreibt 2 Röntgenaufnahmen von Kieferhöhlen mit Hineinragen von Zähnen, und eine Red. Not. (435) einen von Baudoin veröffentlichten Fall von Osteoperiostitis der Orbita nach Kieferhöhlenentzündung. Moskowski (523) züchtete aus Eiter eines acuten Empyems der Highmorshöhle Influenzabacillen. Hercog (524) liefert einen Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des acuten Empyems der Highmorshöhle. Warnecke (525) heilte 11 Fälle von chronischem Empyem der Higmorshöhle durch Operation vom unteren Nasengange aus nach dem Krause-Friedländer'schen Verfahren. Tommasi (525) berichtet über 5 Fälle von chronischen Oberkieferhöhlen-Empyemen, die er nach der Methode von Krause operirte. Foucher (13) berichtet über acute Entzündung der Highmorshöhle. Wroblewski (13) beschreibt 5 Fälle von Empyem der Oberkieferhöhle, und Jakoby (13) 1 Fall von Highmorshöhlenempyem mit Abstossung eines grossen Stückes des Alveolarfortsatzes. Arnold (13) heilte ein Highmorshöhlenempyem nach Beseitigung einer gleichzeitig bestehenden Dakryocystitis. Körner (13) berichtet über zufällige Eröffnung der Kieferhöhle bei Zahnextractionen. Weiser (14) empfiehlt, den erweiterten Wurzelkanal eines Zahnes zur Irrigation eines Antrum zu benutzen. Cline (286) bespricht 150 Erkrankungen der Higmorshöhle. Wroblewski (524) hält die Probepunction bei acutem Kieferhöhlenempyem für unnöthig; dagegen erscheint ihm die Durchleuchtung maassgebend. Therapeutisch ist er bei allen acuten Empyemen mit warmen Umschlägen, Jodkali und entsprechender Allgemeinbehandlung zum Ziele gelangt. Auch nach Avellis (524) heilen acute Kieferhöhlenempyeme in der Regel spontan; dagegen ist bei den käsigen Empyemen gewöhnlich eine Ausspülung nöthig. Milligan (525) berichtet über Empyem der Kieferhöhle. Meyjes (525) operirt Kieferhöhlenempyeme nach Luc. Goris (288) beschreibt die Auslöffelung einer Gesichtshälfte wegen Carcinoms des Oberkiefers und des Siebbeins. Rhéti (436) beschreibt 1 Fall von Tuberculose der Kieferhöhle. v. Hacker (14) resecirte wegen eines von der Highmorshöhle ausgehenden Sarkoms den linken Oberkiefer und ersetzte den harten Gaumen durch Drehung der Nasenscheidewand. Struycken (526) macht eine Mittheilung über Neubildungen in der Highmorshöhle. Richardson (120) beobachtete zwei Fälle von Antrumabscess mit asthmatischen Erscheinungen, bei denen das Asthma durch Entleerung des Eiters aus der Kieferhöhle gebessert wurde.

de Schweinitz (11) operirte eine Fistel der Orbita nach Erkrankung der lacrymalen Partie der Siebbeinzellen von aussen mit Drainirung durch die Nase. Summer (435) schreibt über Siebbein- und Nasencatarrh. Gradenigo (285) berichtet über 1 Fall von chronischem Siebbeinempyem. Gage (11) macht eine Mittheilung über Ethmoiditis: nach recidivirender Coryza tritt cystische Degeneration und Vergrösserung der mittleren Muschel auf, welche zu Schleimhauthyperplasie und polypoider Degeneration an dieser Stelle führt; als deren Folge tritt Behinderung des Secretabflusses aus dem Sinus ein und es bildet sich eine

Retentionscyste, deren Inhalt den Knochen zur Eierschalencyste ausdehnt. Noyes (12) beschreibt 3 Fälle von Ethmoiditis.

Valude (282) veröffentlicht 1 Fall von cystischer Erweiterung der Stirnhöhle. Martin (283) beschreibt 1 Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Orbitalabscess. Gibson (10) theilt 1 Fall von Empyem der Stirnhöhlen mit intracranieller Infection mit. Downie (10), Pfingst (10), Fehleisen (10), Knapp (10), Martin (11) beschreiben Fälle von Stirnhöhlenerkrankungen. Kenny (11) schildert im Anschluss an einen Fall Golovine's eine osteoplastische Operation an der Stirnhöhle. Dennis (11) theilt einige Fälle von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit nachfolgender Geschwulstbildung mit. Potherat (282) giebt das Photogramm und die Röntgenabbildung eines Kranken, der eine Protuberanz an der Stirn, bedingt durch Hypertrophie der Stirnhöhlenwand zeigte. Coppez (282) beschreibt 1 Fall von Osteom der Stirnhöhle. Swain (435) bespricht die acute Stirnhöhlenentzündung. Gouly (283) diagnosticirt Stirnhöhlenempyem, wenn frontale und orbitale Schmerzen bestehen, im mittleren Nasengang sich Eiter vorfindet und die electrische Durchleuchtung Verdunkelung der Stirnhöhlengegend ergiebt. Gerber (523) beschreibt ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen. Jacqueau (283) beobachtete plötzlichen Exophthalmus als Symptom einer acuten Stirnhöhlenentzündung. Yarian (436) bespricht 1 Fall von Stirnhöhlenentzündung und Otitis media als Complication von Influenza. Burnett (285) berichtet über 1 Sarcom der Stirn- und Siebbeinhöhlen. Spiess (284) bohrte in 8 Fällen die erkrankte Stirnhöhle von der Nase aus an und zwar unter Controle des Weges des Bohrcanals mittelst Röntgenstrahlen während der Operation. Barth (284) schildert die Technik der Operation des Stirnhöhlenempyems. Klemm (284) machte bei 2 Patienten wegen Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation. Grunert (284) beschreibt eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems. Lang (523) demonstrirt einen Stirnbeinsequester; die luetische Nekrose hatte auch die Lamina vitrea erfasst, so dass die Pulsation des Gehirns wahrnehmbar war.

Bei Behandlung von Keilbeinhöhlenerkrankungen infrangirt und drängt Cordes (12) die mittlere Muschel seitwärts; event. muss der vordere Theil der mittleren Muschel entfernt werden. Zur Eröffnung der Höhle benutzt C. ein dem Schötz-Krause'schen Doppelmeissel ähnliches Instrument. Nissle (12) bespricht die Erkrankungen der Keilbeinhöhle. Shambaugh (12) beschreibt ein chronisches Empyem der Keilbeinhöhle ohne Betheiligung des benachbarten Sinus. Bei einem Manne, dem ein Steinstück in die linke Augenhöhle gedrungen war, constatirten Wilhelm und Jacques (284) nach dem Trauma der inneren Orbitalwand eine catarrhalische Entzündung der Keilbeinhöhle. Jacob (436) catheterisirt die Keilbeinhöhle so: er folgt mit dem Catheter der oberen Wand der Nasenhöhle und dreht dann den Schnabel leicht nach aussen; er geht von dem Factum aus, dass das Orificium der Keilbeinhöhle oben im Recessus spheno-ethmoidalis und nicht in den seitlichen Partien der Nasenhöhle liegt.

Je weiter die Entfernung zwischen dem weichen Gaumen und dem Pharynx ist, um so sicherer findet man nach Lennox Browne (436) post-nasale Störungen. Rhinitis atroph. ist verbunden mit übermässigem Offenstehen des Ori-

ficium und Vestibulum nasi, der Nasenhöhlen und des naso-pharyngealen Gewölbes. Stawell (227) constatirte häufig Verdauungsstörungen bei bestehender Nasopharyngitis der Kinder. Aviragnet (437) giebt eine Verordnung gegen die mit chronischer Nasenrachenentzündung einhergehenden dyspeptischen Störungen. Red. Notiz (227) giebt Verordnungen gegen Nasenrachenraumentzündung. Krilitschewski (227) fand Vergrösserung der Milz in Folge von chronischem Nasenrachencatarrh. Jacobi (227) giebt eine Verordnung gegen chronischen Rachencatarrh, desgleichen Harris (227) und Hawley (228). Fischer (228), Birkett (228) beschreiben je einen Fremdkörper im Nasenrachenraum. Thorner (228, 229), Gibb Wishart (229) entfernten grosse Nasenrachenpolypen, Moore (229) exstirpirte eine Nasenrachenraumgeschwulst nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. Rueda (229) exstirpirt Nasenrachenpolypen mit Seiden- und Platinschlingen. Naab (229) schildert die chirurgische Behandlung der Nasenrachenfibrome nach 11 von Czerny operirten Fällen. Preindlsberger (230) theilt 2 Fälle von Nasenrachenfibromen mit und bespricht die Operationsmethoden dieser Tumoren. Ingals (437) veröffentlicht einen Fall von fibrösem Tumor des Nasenrachenraums. Hopmann (230) beschreibt einen Fall von Operation eines harten Schädelbasisfibroms ohne präliminare Operation; er spricht sich gegen die Spaltung des Velum als Voroperation aus und betont die Möglichkeit, selbst umfangreiche Recidive harter Basisfibrome ohne Voreingriffe auszurotten. Hirschl (230) demonstrirte ein Präparat von Carcinoma cylindromatosum, das von den Schleimdrüsen des Schlundgewebes ausgehend, sich in die mittlere, hintere und vordere Schädelgrube ausgebreitet hatte. Braden Kyle und Gleason (228) stellen je 1 Fall von Syphilis des Nasenrachenraumes vor. Donnellan (228) beschreibt einen Fall von hereditärer Syphilis des Nasenrachenraums zur Zeit der Pubertät.

Luzzatto (383) untersuchte 34 Rachentonsillen auf Mikroorganismen; 12 mal fanden sich Kokken und Bakterien auf der Aussenfläche, nie im Gewebe. Der Tuberkelbacillus wurde in keinem Schnitte gefunden, dagegen zeigten 2 Präparate deutliche histologische Merkmale von Tuberculose. Calamida (383) hat in 45 Rachentonsillen constant die von Russel „fuchsinophile Körperchen“ genannten und von Sanfelice als Blastomyceten gedeuteten Gebilde gefunden.

Hagedorn (64) kennzeichnet den sog. adenoiden Habitus. Hopmann (64) schreibt über die adenoiden Tumoren als Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenrings und ihre Beziehungen zum übrigen Körper. Straight (64) bespricht einige nicht allgemein gewürdigte Punkte betreffend die adenoiden Wucherungen. Blanks (67) berichtet über adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. Hamilton (67) entfernte eine grosse postnasale Adenoidgeschwulst. Rimscha (67) demonstrirt adenoide Vegetationen von besonderer Grösse. Engelmann (68) demonstrirte ein 10jähriges Kind mit adenoiden Wucherungen, die besonders hinter der Uvula hervorragen und dabei die Athmung nicht behindern. Smith (68) glaubt, dass in allen Fällen von gewöhnlichem Croup eine Hyperplasie der Rachentonsille besteht. Lee Feldt (70) macht die Practiker auf die Bedeutung der Adenoiden aufmerksam. Dawbarn (71) empfiehlt, Kinder an den Fingern saugen zu lassen, da sie dann leichter durch die Nase athmen. D.

operirt unter Chloroform am hängenden Kopf. Mc Kinney (71) giebt eine allgemeine Uebersicht über die Affection der Rachentonsillenhypertrophie; er operirt unter Chloroform mit dem Gottstein'schen Messer. Reynolds (71) operirt Adenoide ohne Narkose; nach ihm sind Mundknebel und Zeigefinger die geeignetsten Instrumente. Pynchon (70) unterscheidet 2 Formen von adenoidem Gewebe, das eine gefässreich und reich an Lymphfollikeln, das andere fester, bindegewebsreicher. P. operirt am sitzenden Patienten unter Bromäthylnarkose.

Gorham (386) schreibt über Adenoidgeschwülste im Nasenrachenraum. Garten (387) mahnt eindringlich, die Adenoiden zu beachten und zu entfernen. Arslan (384) berichtet über 1800 Fälle von adenoiden Tumoren. Grosses Gewicht legt er auf die Beachtung des Nasenrachenraums bei Otitis. In 10 Fällen führt er die Symptome der Basedow'schen Krankheit auf Adenoide zurück; bei 5 davon gingen die Erscheinungen dieser Krankheit nach Entfernung der Vegetationen ganz zurück. Ein Fall von Jackson'scher Epilepsie bei einem 7jährigen Kinde wurde durch Adenotomie geheilt. Zur Narkose braucht er meist Bromäthyl. Garbini (384) berichtet über die Hypertrophie der pharyngealen Tonsillen in den Provinzen von Messina und Reggio Calabria. Leland (384) stellt die Ursachen der gestörten Nasenathmung zusammen; nach Entfernung der Adenoiden unter Aethernarkose treten bei ihm 3—4 pCt. Recidive ein. Struckmann (480) fand bei 650 Schulkindern zu Nestoed (Dänemark) 30 pCt. Adenoide. Lalatta-Parma (481) fand bei der Untersuchung von 2657 Patienten 64 mit Adenoiden, d. i. nur 2,4 pCt. Lapsley (482) berichtet über nasale Verstopfung durch Adenoide. Cobbladick (482) bespricht 1668 Fälle von adenoiden Vegetationen, ihre Procentverhältnisse nach dem Alter, die Symptome und Begleiterscheinungen, sowie die Operationsmethode. Nach Red. Not. (66) besteht ein Zusammenhang zwischen den Adenoiden und der Tuberculose; die Verhütung der Adenoiden deckt sich daher im Allgemeinen mit der Prophylaxe der Tuberculose. Für die Entstehung der Halslymphome kommt nach Jessen (65) fast immer die Rachentonsille in Betracht; in zweiter Linie stehen die Gaumentonsillen und weiterhin cariöse Zähne als Eingangspforten für die Schwellung, und wenn es sich um Tuberculose handelt, Verkäsung der Halslymphdrüsen; also Entfernung der adenoiden Vegetationen. Desimoni (385) steht auf dem Standpunkt Hertoghe's, dass Myxödem und Adenoidismus Abarten einer auf „Thyreoidarmuth“ beruhenden Grundkrankheit sind. Nach Parmentier (385) schwanden bei Adenoiden entfernte Symptome, wie Schwächegefühl, Kopfweh, Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, nach Operation derselben.

Guye (429) giebt einen historischen Ueberblick über die Aprosexia nasalis; er widerlegt die Meinung von Schutter, der die Aprosexie als Folge verlangsamter Circulation in Cranio durch die oberflächliche Athmung der Mundathmer auffasst: von Zarniko, der die Aprosexie als eine Form der nasalen Neurasthenie betrachtet; von Stephan Titeff, welcher die Aprosexie auf Rechnung der von den Adenoiden bedingten Schwerhörigkeit schreibt; von Walker Downie, der das Leiden auf mehr psychologischem Wege erklärt, indem er annimmt, dass die oberflächliche Athmung das für die Aufmerksamkeit nothwendige Anhalten des Athems verbietet und dadurch Ursache von Aprosexie werden kann.

Munger (70) berichtet über lymphoide Hypertrophie des Rachengewölbes. Cuvillier (66) untersuchte 100 Kinderleichen: in 36 pCt. fand er ein Hervortreten der Luschka'schen Tonsille. Bei 64 Säuglingen beobachtete er Adenoide; bei diesen zeigten sich Störungen von Seiten der Respiration und der Ernährung: beide wirken zusammen, um eine charakteristische Cachexie hervorzurufen, die „Cachexie adénoidienne". Thomas (67) berichtet über 3 Fälle von Adenoiden bei Neugeborenen. Red. Not. (386) empfiehlt bei Adenoiden der Kinder rasche Entfernung. Ryland (71) entfernte bei einem Kinde von 14 Monaten, das feste Nahrung verweigert hatte, Adenoide mit der Thompson'schen Zange, Thomas (72) entfernt bei Kindern mit nach oben und hinten gerichteten Zangen das adenoide Gewebe in 3 Sitzungen.

Courtade (65) nimmt nach Gallois neben echten Adenoiden ohne Drüsenschwellung solche an, die alle Zeichen der Scrophulose darbieten. Gouguenheim (167) bekämpft die Vermengung von Adenoiden und Scrophulose; beide Affectionen sind absolut verschieden.

Francis (68) heilte 4 Fälle von Petit mal durch Entfernung von Adenoiden.

Ball (71) bespricht die Indicationen für die Operationen der Adenoiden. Hartmann (71) operirt Adenoide mit dem Lindt'schen Gaumenhaken unter directer Beleuchtung mit seiner geraden Zange. Mayer (71) empfiehlt nach der Operation von Adenoiden 24 Stunden Bettruhe; er warnt vor der Operation bei entzündlichen Erkrankungen des Halses. Menière's Statistik (71) über Operation von Adenoiden umfasst 3700 Fälle; er erlebte niemals ernstere Zufälle nach dem Eingriff. M. operirt ohne Narkose. Yonge (72) empfiehlt die Operation der Adenoiden am hängenden Kopf. Holinger (72) beschreibt die Technik der Operation der Adenoiden. Rosenbach (72) operirt die Adenoiden mit einer durch die Nasenlöcher in den Nasenrachenraum eingeführten Zange (! Ref.). Barth (72) schneidet Stücke, die nach Operation von Adenoiden in den Mesopharynx hineinhängen, mit dem Conchotom ab. Hagedorn (70) macht eine Mittheilung über den Zeitpunkt der operativen Behandlung der Adenoiden. Kinder mit Adenoiden, die an Krämpfen oder an schweren Ohrenaffectionen leiden, müssen nach Francis (387) unbedingt operirt werden, alle anderen nur bedingungsweise. Rudloff (387) empfiehlt bei Operation von Adenoiden die Narkose und die Lagerung des Patienten in der Rose'schen Position. R. warnt vor Verletzung der Orificien der Ohrtrompeten und der an der seitlichen Rachenwand gelegenen Carotiden. Booth (385) empfiehlt die Adenoiden am vorgebeugten, ausgestreckten Kopf zu operiren. Brindel (483) berichtet über die Folgewirkungen der Operation der Adenoiden.

Machol (68) beschreibt einen von der Rachentonsille ausgehenden Fall von Septikämie. Booth (385) operirte neben Adenoiden ein Kind an den Gaumenmandeln und an Exostose des Septums; dasselbe starb darauf an Pneumonie und Meningitis. Martin (74) beschreibt 3 Fälle, in denen Blutung nach der Operation von Adenoiden auftrat. Cordes (388) führt die verschiedenen Gründe für Blutung nach Operation der Adenoiden auf, dieselben sind: Haemophilie, Herzkrankheiten, Anomalien im Verlauf der Carotis int., vorangehende Cocainapplication, Reste von Adenoiden, zuweilen bei Frauen die Menses. Stucky (74) trug einem Kinde die Adenoiden und die Tonsillen ab; 2 Stunden nachher trat eine vorübergehende

profuse Blutung auf, $7\frac{1}{2}$ Stunden später starb das Kind. Wishart (387) hatte unter 103 Operationen von Adenoiden 2 Todesfälle durch die Narkose.

Nach Messungen, die Schwartz (64) an 161 Schädeln vornahm, ergab sich, dass Schädelform und Gaumenform von einander unabhängig sind. Ferner fanden sich unter 52 Patienten mit Adenoiden 4 Mesocephale, 23 Brachycephale, 22 Hyperbrachycephale, 3 Ultrabrachycephale; damit ist die Ansicht von Moritz Schmidt widerlegt, dass Adenoide vorzüglich bei Dolichocephalen vorkämen.

Bert Ellis (68) bespricht die Hypertrophie der Rachentonsille und ihre Beziehung zu Ohrenkrankheiten. Ostino (386) berichtet über 6 Fälle, in welchen nach Entfernung der Rachentonsille Besserung von Gehöraffectionen eintrat. Nach Frank Dyer Sanger (386) sollte die Untersuchung des Nasopharynx mit dem Finger bei der Geburt ein allgemein gebräuchlicher und geübter Handgriff werden. (! Ref.) Haight (386) spricht über Adenoide als Ursache von Ohrenerkrankungen. Murphy (69) glaubt, dass, wenn man mehr Aufmerksamkeit der Beseitigung von Verstopfung des pharyngealen Endes der Eustachi'schen Tube zuwenden würde, dann mancher Ohrenfluss ohne Mastoidoperation verschwinden würde. Ueber Ohrenleiden bei Adenoiden schreibt Braislin (69). Nach Calhoun (69) sind die Kinder im Süden viel seltener mit Adenoiden behaftet als im Norden; bei Negerkindern hat C. nie Adenoide gesehen. Löri (69) fand bei 300 Kindern 27,6 Adenoide; bei $\frac{1}{5}$ dieser Kinder war das Gehör herabgesetzt. Adenoide sollen nach Getchell (69) bei Taubstummen entfernt werden, wenn dieselben ev. zur Taubheit beitragen, wenn sie das Erlernen der gesprochenen Sprache erschweren, wenn sie das Allgemeinbefinden beeinträchtigen. Wo Adenoide auch nur wenig auf die Tubenmündung drücken, können sie nach Payne (482) nachtheilig auf das Gehör einwirken. Desimoni (437) berichtet über 3 Fälle von Adenoiden, bei welchen er den günstigen Verlauf von Mittelohrerkrankungen auf eine eingeleitete Thyreoid-Behandlung zurückführt.

White (226) berichtet über Augenstörungen infolge von Erkrankungen des Nasenrachenraums und der Ohren. Bei 16 Patienten, die an scrophulösen Augenaffectionen und Adenoiden litten, schwand nach Arslan (482) ersteres Leiden nach Entfernung der Adenoiden. Coppez (68, 386) beobachtete, dass in 2 Fällen nach Entfernung von Adenoiden gleichzeitig bestehende folliculäre Conjunctivitis schwand. Bobone (482) berichtet über die frühzeitige Involution des adenoiden Gewebes an der Riviera, Kömer (386) über die Wirkung des Seeklimas auf Adenoide. de Rosa (481) räth den Militärärzten, Soldaten mit chronischen Nasen- und Rachencatarrhen sowie solche, die an leicht eintretender Athemlosigkeit leiden, auf Adenoide zu untersuchen.

Lichtwitz und Sabrazès (481) constatirten bei Kindern mit Adenoiden leichte Anämie und Leukocytose, Vermehrung der grossen mononucleären Zellen und namentlich der Lymphocyten und eosinophilen Zellen, dagegen eine Verminderung der neutrophilen, polynucleären Zellen. Nach der Adenotomie besteht Neigung, zur normalen Blutformel zurückzukehren.

Boulai (68) theilt mit, dass in 1 Fall Kehlkopfkrampf unmittelbar nach der Adenotomie schwand.

Nach Red. Not. (481) kann primäre Localisation von Diphtheritis im ade-

noiden Gewebe unbemerkt bleiben; ein Anfall von Adenoiditis während der Reconvalescenz von Diphtherie kann den Löffler'schen Bacillus zu neuer Energie erwecken und ein Recidiv verschulden. Becignent (69) berichtet über die Besserung von Adenoiden nach Diphtherieserum.

Moure (66) schreibt über die Entzündungen der III. Tonsille bei Erwachsenen. Ueber die rheumatische Angina und die Hypothese des nasopharyngealen Ursprungs des Rheumatismus berichtet Gallois (226).

Hewelke (384) theilt einen Fall von Abscess der Luschka'schen Tonsille mit. Nach Lewin (65) haben 5 pCt. Adenoider tuberculöse Herde. Piffl (66, 384) fand unter 100 mikroskopisch untersuchten Adenoiden in 3 Fällen Tuberculose. Nach Red. Not. (383) kann die Tuberculose nicht als wesentlich ätiologischer Factor für die Entstehung Adenoider betrachtet werden: eher scheint die hyperplastische Rachentonsille zu secundärer tuberculöser Infection zu neigen.

Instrumente: Wladimiroff (127): eine Schlinge zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern. Cordes (127): eine Modification am Schötz-Krause'schen Doppelmeissel. Hall (128): ein neuer Stütz- und Messapparat an der Nasensäge. Pynchon (376): ein neues Nasenmesser für das Septum. Brown (434): eine Nasenschlinge. Wingrave (434): aseptische Ohr- und Nasenspritze zum Selbstgebrauch. Fein (14): Pulverbläser für die Highmorshöhle. von Stein (14): ein neuer Troikart zur Punktion der Highmorshöhle. Sprenger (14): ein Catheter-Troikart zur Punktion der Highmorshöhle. Courtade (434): Modification der Belloc'schen Röhre. Hewetson (73): verbesserte Curette für Adenoide. Hitchcock (73): das Wilhelm Meyer'sche Ringmesser bei lymphoider Hypertrophie. Gradle (73): neues Instrument zur Entfernung der Adenoiden ähnlich dem Schuetz'schen Adenotom. Kirkland (73): ein neues Instrument für Adenoide; Modification der Loewenberg'schen Zange.

J. Katzenstein.

C. Mundrachenhöhle.

Kieferverletzungen veröffentlichen Mowry (272) und Bird, Fälle von Sarcom des Oberkiefers M. D. Stepp (337), Chavannez (337), W. H. Hudson (337).

Einen Oberkieferersatz mit Gaumen nach Resection beschreibt Moury (272). Durch Ausmeisselung eines Stückes des aufsteigenden Unterkieferastes und Interposition eines Lappens aus dem Masseter heilte Schmidt (337) eine Ankylose des Unterkiefers. — Berthier (179) veröffentlicht einen Fall von mal perforant buccal (Fournier) mit grosser Perforation des rechten Alveolarfortsatzes. Er giebt eine Schilderung der Krankheit und erörtert ihren Zusammenhang mit Tabes. — Compaired (392) sah ein perforirendes Geschwür, das von den Wurzeln der oberen Molaren ausging, heilen.

Als Vorbeugungsmittel gegen die Zahncaries der Schüler schlägt Lemberg (336) vor: Die Wahl von Aufenthaltsorten mit kalkhaltigem Wasser, den Genuss kalkhaltiger Früchte und Gemüse, zu eng stehenden Zähnen Raum zu schaffen und die Aufnahme der Zahnhygiene in das Schulprogramm. — Kraus (439)

beschreibt eine elephantiastische Wucherung der Gingiva. — Quintin (336) classificirt die verschiedenen Tumoren, die unter dem Mamen Epulis gehen, und theilt einen Fall von Epulis mit, die sich histologisch als Myeloplaxensarcom darstellte. — Martin (439) resecirte den Unterkiefer wegen Osteosarcom und legte danach eine Prothese an.

F. Danziger (231) betrachtet die Missbildungen des Gaumens in ihrem Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. — Tandler (232) bestreitet die Bedeutung der Pharynxtonsille für das Zustandekommen der Gaumendefecte. — Broeckaert (232) hält congenitale Gaumenanomalien für Bildungsfehler beruhend auf einer primitiven Ernährungsstörung. — Casuistische Mittheilungen über Missbildungen machen: G. W. Griffiths (176) [Verwachsung des Zahnfleisches, breite Gaumenspalte, Fehlen der hinteren Nasenöffnung und der Uvula], Weiss (232) [linksseitige Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte und rechtsseitige Gaumenspalte]. — Redard und Michel (438) tiefe Medianfurche der Unterlippe, des Kinnes, mediane Spalte des Unterkiefers mit Missbildung der Zunge. — Eine doppelte Uvula mit Sprachdefect demonstrirt Baron (466). Wingrave hält den Fall für eine Gaumenspalte. — Missbildungen der Gaumenrachenmuskeln stellt Powell (550) vor, die Hall (551) als Folgen einer tiefen Ulceration anspricht. — Auf die Beziehungen zwischen Hypsistaphylie und Leptoprosopie verweist Grossheintz-Siebenmann (441). Er kommt zu folgenden 3 Sätzen: 1. Mit der Hypsistaphylie ist gewöhnlich Leptoprosopie verbunden. 2. Leptorhynie, schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation. 3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels nicht auf extrauteriner Einwirkung einer Nasenstenose. — Mit der Operation der Gaumenspalte beschäftigen sich die Publication von Philippi (232), Wolff (232) St. L. Mc. Curdy (233), I. F. Mc Kernon (233). — Gutzmann (231) zieht die Operation des angeborenen Gaumendefectes dem Tragen eines Obturators vor, ausser wenn die Operation verweigert oder der Defect zu gross ist. — Partsch (233) giebt eine neue Methode zur temporären Resection des Gaumens an.

Ein neuroparalytisches Geschwür des harten Gaumens beschreibt Baumgarten (233). — Derselbe demonstrirt einen Sequester bei schwerer Syphilis, der fast den ganzen harten Gaumen betraf. — Grönbech (204) zeigt einen Fall von Syphilis des harten und weichen Gaumens. — Bond (550) stellt eine prall elastische, indolente Geschwulst des harten Gaumens vor, die er ebenso wie de Santi für ein Adenom hält. Watson Williams berichtet über ähnliche Fälle. — In einer redact. Notiz (388) werden die Beziehungen der äusseren Mund- und Lippenbildung zu den individuellen Geistes- und Charakteranlagen erörtert.

Parmentier (336) veröffentlicht eine Arbeit über die Hasenscharte. — Delbanco (175) und Montgomery und Hay (175) wiesen Talgdrüsen in der Mundschleimhaut nach. — Andry (175) beschreibt die von Fordyce erwähnte Veränderung der Lippen und Mundschleimhaut als von der Entwicklung atrophischer Talgdrüsen ausgehend. — Als Ursache des Offenhaltens des Mundes fand B. Fränkel (335) 3mal eine Straffheit des Frenulum linguae superioris (Mikrochilie). — Besnier (336) unterscheidet die im Verlauf einer vorgeschritte-

nen Tuberculose auftretenden Lippengeschwüre von den primär an der Lippe entstehenden, Fournier (336) betont die grosse Seltenheit dieser Localisation; Danlos (336) stellt ein 15jähr. Mädchen mit einem tuberculösen Ulcus der Lippe vor, das einem syphilitischen Primäraffekt völlig glich. — Nobl (438) veröffentlicht 1 Fall von Miliartuberculose der Lippenschleimhaut mit verrucöser Tuberculose der Mundwinkel.

Leguen (180) unterscheidet die scleröse von der gummösen Form der Lippensyphilis. — Neumann (438) beobachtete seit 7 Jahren bestehende papilläre Wucherungen an den Lippen und der Mundschleimhaut, Gaucher und Lacapère (438) Lymphangiome der Unterlippe. — Balzer und Gauchery (438) heilte ein ulcerirtes Unterlippenepitheliom durch den Paquelin.

Berini (441) berichtet über ein Oedem der hinteren Gaumenfalte und der Hälfte des Velum bei Nephritis. — Musson (446) spricht über die infectiösen Granulome des Rachens.— Déjan (446) beschreibt eine schmerzhafte einseitige, Escat (446) bei einem Tabiker eine symmetrische Rachenzona.

Sänger (234) beschreibt eine perverse Action des Velum; Kawahara (234) rhythmische, klonische Krämpfe mit objectiv hörbaren Geräuschen. — Eine Velumparese nach einer Streptococcenangina beobachtete Carrière (131). Tilley (545) beoabachtete 1. Fall von einseitiger Gaumen-, Rachen und Kehlkopflähmung. Lues? 2. Fall von multipler Sklerose mit Parese des Velum und des Larynx.

Barbier (233) sah eine tuberculöse Perforation des Gaumensegels, Grossard (506) 2 Fälle. — Einen Fall von Lupus des weichen Gaumens und der Uvula, den Bowlby und W. Hill wahrscheinlich für Syphilis halten, stellt Watson Williams (359) vor. — Nach Birman (445) kommen die Adhäsionen zwischen Gaumen und Rachen vor: als partielle symmetrische und sehr begrenzte Adhäsion, die mit dem von demselben Autor beschriebenen, „weiten Rachen“ grosse Aehnlichkeit hat, als ausgedehntere Adhäsion mit Perforation, als ausgesprochene Atresie des Rachens und als totale und complete Adhäsion mit vollkommenem Abschluss zwischen Mund- und Nasenrachen. — Moses (148) veröffentlicht einen Fall totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand. Wegen der derben Narbe musste eine Excision derselben in Aussicht genommen werden. — de Havilland Hall (210) stellt einen gleichen Fall vor, bei dem die Verwachsung keinerlei Störung bedingte. — Jurasz (314) und Schaefer (314) empfehlen die Electrolyse bei Verwachsungen des Velum, die Dilatationen nach Hajek liessen ersteren im Stich, während Schmidt Nutzen von denselben sah. I. K. Hamilton empfiehlt zur Vermeidung der Wiederverwachsung zwischen Gaumen- und Rachenwand nach der Ablösung das Einlegen einer Vulcanitprothese.

In 4 Fällen von Influenza constatirte Vervaeck (236) eine submucöse Hämorrhagie der Uvula in der Reconvalescenz. — Einen behaarten vom Velum ausgehenden Polypen erwähnt Schwartz (529). Papillome des Velum sahen McKinney (234), T. K. Hamilton (234); ein Melanosacrom Broeckaert (234, 271) ein primäres Epitheliom der Uvula und des Velum Walker Downie und Lennox Browne (235). Barbineau (509) heilte ein von der Uvula aus-

gehendes auf das Velum übergreifendes Epitheliom durch Kauterisation, Boltz (441) ein Rundzellensarcom des Velum durch Arseninjectionen.

R. Pott (177) betrachtet die Mundfäule der Kinder in ihrer Beziehung zur Maul- und Klauenseuche, desgl. Walkowsky (486). — L. Leclercq (178) unterscheidet die oberflächliche, nicht ulcerierende Stomatitis (Soor, Stomatitis exfoliativa und erythematosa) von der tiefen ulcerirenden (Noma, Stomatitis ulceromembranosa, Herpes, Aphthen). — Den Skorbut der Kinder bezieht Netter (177) und Comby (391) auf unzweckmässige Ernährung, während Facdonel (177) denselben als parasitär auffasst. — Beco (178) ist der Ansicht Facdonels für die diphtheroide Kinderstomatitis (Staphyloc. aureus und Streptoc.) Pagliano und François (178) sahen im Verlauf einer Stomatitis ulceromembranosa Purpura infectiosa auftreten, Weil (178) eine frische Stomatitis ulcerosa combinirt mit einer alten Tuberculose. Verchère und Debrigode (391) sahen eine schwere Stomatitis bei einem Nephrectomirten nach einer geringen Hg-Dosis; Deguy (391) beschreibt 1 Fall impetiginöser diphtheroider Stomatitis, Griffon (391) eine Stomatitis mit Pneumococcenbefund bei Pneumonie; Thambusti (484) eine mit Nachweis von Oospora Doriae, Colombini (484) eine Stomatitis gonorhoica; Cohall (485) heilte eine Stomatitis gangränosa durch Antistreptococcenserum. — Von Exanthemen der Mundhöhle erörtert Millan (392) das Jodexanthem, Kluk-Kluczycki (440) einen Herpes im Verlauf einer Pneumonie, Merx (176) einen Fall von chronischer Urticaria. — Dem Foetor ex ore widmet B. Fränkel (483) eine Studie, desgl. A. Pick (389). Die Wichtigkeit der Mundpflege betont Lyon (392) für den Typhus, Travis Drennen (484) bei Syphilis.

Als neurotische Geschwüre des Mundes beschreibt W. K. Sibley (178) recidivirende Ulcera, die auf nervöser Grundlage beruhen, R. Kirk (178) bringt dieselben mit einer Funktionsanomalie der Thyreoidea in Zusammenhang. — W. Lissauer schliesst aus der 10maligen Beobachtung von Leukoplakie bei 50 Psoriasiskranken auf einen Zusammenhang der beiden Affectionen, der darin besteht, dass die Psoriasis die Widerstandsfähigkeit der Mundschleimhaut herabsetzt, so dass eine auslösende Schädigung (z. B. Tabakrauchen) die Leukoplakie hervorrufen kann. — Das Verhältniss der Leukoplakie zur Syphilis, Diabetes, Gastrointestinalkrankheiten und directer Reizungen der Schleimhaut (Tabak und Alcohol) erörtert Janowsky (485). — Schütz (177) beschreibt 3 Fälle von Leukoplakie bei jugendlichen Individuen.

Lestage (179) sah gleichzeitig mit dem Primäraffect am Gaumensegel, an den Tonsillen und im Pharynx ein flüchtiges ca. 10 Tage dauerndes Enanthem. — Das Cancrum oris tritt nach einer Redact. Notiz (179) am häufigsten als meist letal verlaufende Complication bei exanthematischen Kinderkrankheiten auf. Bei einem Falle von Tabes ergab die Section ein Uebergreifen der Gangrän auf die Hirnbasis. — Passini und Leiner (335) wiesen in einem Falle den Diphtheriebacillus als Ursache von Noma nach. Nach Perthes (486) ist der Erreger von Noma ein Keim, der die Mitte zwischen Bacillen und Fadenpilzen hält. Das von demselben gebildete Mycel erreicht an der Grenze zwischen lebendem und nekrotischem Gewebe solche Mächtigkeit, dass es das Gewebe fast völlig ersetzt. Die

spiralenförmigen Endausläufer dringen ins gesunde Gewebe vor, umspinnen die Zellen und tödten dieselben. — Rocha (180) berichtet über 2 Fälle von Dermoiden des Mundbodens. Mascarel (389) bespricht ihre Genese und Structur.

Nach Kübel's (390) Untersuchungen hemmen Kochsalzlösungen die Verzuckerung schwacher, fördern die Verzuckerung stärkerer Stärkegemische. Die Cl-Verbindungen von Na und K befördern die Verzuckerung am meisten, die J-Verbindungen am wenigsten. Alkalien (Kalilauge, Natronlauge, Ammoniak) schädigen die Verzuckerung. Schwache HCl unterstützt die Ptyalinwirkung, stärkere hemmt oder hindert dieselbe. — Untersuchungen über die amylolytische Wirkung des Ptyalins liegen von Weinstein (181) vor. — Ehrsam (389) zeigte experimentell, dass am leichtesten der Geschmack für süss verloren geht, dann der für salzig, weniger der für bitter, gar nicht der für sauer. — Giamelli (439) berichtet über anatomische Untersuchungen der Beziehungen des Ductus Stenonianus zum äusseren Gehörgang und der Mundhöhle. — Guye (181) catheterisirte den Ductus Whartonianus in einem Fall von eitriger Entzündung der linken Submaxillaris. — Lefas (181) constatirte bei einem Diabetiker eine acinöse und periacinöse Sclerose in den Speicheldrüsen mit Verdickung der Gefässwände. — E. C. Stuart (337) beschreibt eine acut entstandene Ranula. — Auf Grund mikroskopischer Untersuchung bestätigt Mintz (181) die Entstehung der Ranula durch primäre Cystenbildung aus den kleinen Ausführungsgängen der Sublingualis; aus diesem Grunde soll man in Fällen von Ranula die Sublingualis mit entfernen.

Eitrige Parotitis durch Pneumokokken am 2. Tage nach der Krisis bei Pneumonie sah Silberstein (62), eine letal verlaufende Parotitis bei 99½jähr. Patienten H. J. Walcott (219). — In einer redact. Notiz (422) werden die nervösen Folgen der Parotitis während der Schwangerschaft beschrieben. — Der Behandlung der Parotitis widmet Trouchet (219) eine Betrachtung. — Eine Bleihypertrophie der Parotis sah Apert (62), eine Hydatidencyste Morestin (62) und ein Sarcoma teleangiectodes pigmentatum congenitum Goller (62).

Hoppe (218) und Dufour (128) beschreiben submaxillaren Mumps, der in einigen Fällen mit Parotitis zusammen vorkam. — 2 Fälle von Enchondrom der Submaxillaris, die wahrscheinlich von einem Stein ausgingen, demonstrirt Goris 128). — Krohn (181) bearbeitet in einer Dissertation die Geschwülste der Submaxillaris. — Freudenthal (128, 391) theilt 2 Fälle von Speichelstein derselben mit, Hauszel (486) 3 Fälle mit verschiedener Aetiologie.

Das Aussehen der Zunge bei verschiedenen Erkrankungen bespricht A. J. Burdens (337). — Die Glossitis superficialis exfoliativa erörtert Nobl (487). — Böhm (487) beleuchtet die Lingua geographica, ihr Vorkommen bei Kindern meist unter 2 Jahren, die Dauer der Erkrankung, sowie ihre wahrscheinliche Beziehung zu Tuberculose und Scrophulose. — 2 Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge veröffentlicht Pluder (488), eine Hemiatrophie infolge Basisfractur und Verletzung des Hypoglossus Parry (488). — Ch. G. Kerley (337) beobachtete eine Betheiligung von Zunge und Unterlippe bei einem angioneurotischen Oedem. — Chauveau (182, 487) weist auf die Fälle von Glossodynie hin, bei denen eine oder mehrere Papillen entzündet und geschwollen sind. Man kann dieselben

durch eine galvanokaustische Zerstörung der Papillen heilen. — Fälle von Tuberculose der Zunge beschreiben Ajutolo (555), Tanturri (488, 533), Malherbe (183) und G. A. Syme (338). — Du Castel (338) sah bei einem Fall von Gesichtslupus eine wahrscheinlich lupöse, nicht ulcerirte Hervorragung auf der Zungenspitze. — Einen Fall von primärem Lupus der Zungenspitze publiciren Audry und Sverseng (339). Derselbe war durch ein kleines Papillom verdeckt, so dass die Diagnose erst durch die mikroskopische Untersuchung gestellt werden konnte. — Leguen (180) unterscheidet die scleröse von der gummösen Glossitis. — G. Baudouin (338) sah einen doppelten Primäraffect der Zunge wahrscheinlich infolge Kauens auf der Strasse aufgelesener Cigarrenstummel. — Casuistische Mittheilungen über Zungensyphilis machen Pellizari (183), Navratil (153), Danlos (182), Balzer (338), Leredde und Druelle (338) und Gaston (338), Nobl (440). — Rammstedt (183) publicirt einen Fall von Milzbrand der Zunge, der ohne chirurgische Behandlung heilte. — Von gutartigen Tumoren sahen: Djatschenko (183) ein Angioma cavernosum, Andrews (488) ein Papillom, Martuscelli (183) ein aus einer Narbe entstandenes Fibroma pendulum, T. K. Hamilton (339) ein Adenom, Casezza (339) ein Leiomyom. — Patet (440) demonstrirt 3 Angiolithen aus 2 Hämangiomen der Zunge. — Carcinome der Zunge beschreiben Pairier (184), Morestin (340) ausgehend vom Frenulum linguae, H. St. Garlick (340) ein Epitheliom bei 21j. Mann. — Bozzi (340) erörtert den Zusammenhang zwischen Psoriasis und Zungencarcinom. — Operationen bei Zungencarcinomen führten aus: Navratil (153), Goris (185), und Vallas [publicirt von Carrel] (340), Eliot (489) Heilung seit 8 Jahren, Coley (489) Heilung seit 6 Monaten. — Sarcome der Zunge beobachteten Martuscelli (114), Lichtwitz (184), Dörner (184), Robert (184), Downie (440) 1 gestieltes Spindelzellensarcom mit Halsbeschwerden, 1 interstitielles Rundzellensarcom der rechten Zungenseite auf die Tonsille übergreifend.

Reinhard (84) theilt einen Fall von Follikelectasie der Zungentonsille mit. — Zwillinger (154) weist auf den Zusammenhang der Nervosität mit der Parästhesie des Pharynx hin; während bei gesunden Leuten Hyperplasien der Zungenmandel als zufällige Nebenbefunde, die keinerlei Störungen verursachen, gefunden werden, bedingen sie bei nervösen Individuen sehr lebhafte Beschwerden. — R. C. Alberti (185) bespricht die Angina lacunaris der Zungentonsille. — Nach Goldschmidt (185) ist die glatte Atrophie der Zungenbasis nicht pathognomonisch für Lues. — Heller (488) fand bei 10—12 pCt. der Fälle secundäre syphilitische Erscheinungen der Zungentonsille, Finder (488) bei circa 25 pCt., B. Fränkel (412) hebt die nicht seltene Betheiligung des ganzen Lymphringes hervor. — Strumen der Zungentonsille veröffentlichen Benjamins (184), Narath und Posthumus Meyjes (184, 267), A. W. Watson (339), J. E. Schadle (339) 2 Fälle; ein Sarcom Prota und Martuscelli (185).

Nach den Untersuchungen von Benda (104) stehen die Haare der Flimmerzellen mit reihenförmig angeordneten, durch feine Fäden mit einander verbundenen Körnchen in Verbindung, die vom Saum der Flimmerhaare in den Zellleib hineingehen. Diese körnige Masse ist nach B. das motorische Element, nicht die Flimmerhaare selbst. — Goudrand (235) konnte nach Incision des Velum palatinum

zwecks Exstirpation eines Tumors sehr deutlich den Passavant'schen Wulst in seiner Bedeutung für die Phonation und den Abschluss des Mund- gegen den Nasenrachen beobachten. — Lublinski (182) beschreibt einen Fall von Verdoppelung der Plica glosso-epiglottica media.

Bei einer Betrachtung des Einflusses der Beschäftigung auf Erkrankungen des Rachens kommt Seymour Oppenheimer (237) zu der Anschauung, dass Staub, Fasern und chemische Agentien so auf die Schleimhaut besonders jugendlicher Arbeiter einwirken, dass zuerst eine acute Hyperämie und Entzündung, später eine chronische Veränderung eintritt, die sich von den übrigen Pharynxaffectionen nicht unterscheidet. Eine normale Nase und hygienische Maassnahmen schwächen die schädlichen Einflüsse des Berufes ab. — Monmarson (18) unterscheidet diffuse und localisirte rheumatische Affectionen des Rachens. Die ersteren befallen die gesammte Rachenmusculatur, die letzteren nur die Gelenke und das periarticuläre fibröse Gewebe. — B. Abrahams (76, 77) erwähnt 5 rheumatische Halsaffectionen: Erythem, Angina lacunaris, Angina pseudomembranacea, eine Abortivform und die wahrscheinlich gichtische Tonsillitis chronica rheumatica. Er stellt fest, dass bei der Hälfte der Choreafälle, bei $^{2}/_{3}$ der Herzerkrankungen und bei der Hälfte der Rheumatismen eine Halsaffection anamnestisch nachweisbar ist. — Sisson (238) giebt eine literarische Uebersicht über die parasitären Affectionen des Rachens. — Einen Fall von Stenose des Pharynx durch Laugenverätzung heilte Swiontechi (19), ein Pharynxdivertikel Depage (257) durch Operation. — Blutungen des Nasenrachens stehen nach Escat (235) auf Tamponade; bei Blutungen des Mundrachens ist entweder zu comprimiren oder zu ätzen, im Nothfalle die Carotis zu unterbinden; bei Blutungen in der Pars laryngea nach Einlegung des Tubageapparates und der Magensonde zu tamponiren. — Freudenthal (528) beschreibt eine Rachenfistel im Zusammenhang mit Nebenhöhlenempyem.

Ein verschluckter Grashalm erscheint in einer Beobachtung von A. Shewin (19) nach ca. 6 Wochen in einem Abscess unterhalb des Ohres. — Jaques (19) extrahirte ein Knochenplättchen vom Saugpfropfen aus der Vallecula eines 4 Monate alten Kindes. Lacoarret (20, 446) entfernte 4 Fremdkörper, Walker Downie (56) localisirte 3 durch Röntgenstrahlen. Hopkins (396) und Cheatham (396) theilen gleichfalls Fremdkörperbeobachtungen mit.

H. D. Chapin (16) weist auf die Häufigkeit von Pharyngitis und Tonsillitis bei Kindern hin. Er sieht in der Wiederholung derselben eine häufige Ursache der Hyperplasie des Lymphringes. — J. O. Mc Reynolds (237) beschreibt eine chronisch recidivirende membranöse Pharyngitis durch Strepto- und Staphylokokken. — Nach Battle (414) existirt bei Diabetes und Arthritis eine diathetische Pharyngitis, die eine causale Behandlung erfordert. — Castex (17) bespricht die Behandlung der Pharyngitis. — W. C. Spencer (16) heilte 1 Fall von Streptokokken-Pharyngitis mit Septicämie durch Streptokokkenserum.

G. S. Haruden (236) sah über 100 Fälle einer exanthematisch fieberhaften Krankheit, deren wesentlichstes Symptom ein Exanthem des Rachens war. — G. Spiess (394) theilt einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner) der Mundrachen- und Speiseröhrenschleimhaut mit, bei dem auf leichte Traumen,

z. B. Anfassen der Zunge zum Laryngoskopiren, Einführen eines Instrumentes, erbsen- bis bohnengrosse Blasen mit wasserhellem oder etwas sanguinolentem Inhalt entstanden. — In einer redact. Notiz (484) wird auf das von Koplick und vor diesem von Flindt beschriebene, der Hauteruption vorangehende Schleimhautexanthem bei Masern hingewiesen. — 1 Fall von Pemphigus demonstrirt Sachs (117); einen unsicheren Rivière (290), Rille (439) 2 Fälle. — Nach Kreibich's (485) histologischen Untersuchungen wird das Epithel beim Pemphigus bis zu den Basalzellen abgehoben, letztere verlieren ihre Kernfärbbarkeit. — Wälsch (485) fand bei einem Pemphigus einen nach Grösse und Wachsthumsform der Hoffmann-Wellenhof'schen Gruppe zuzurechnenden Bacillus, der die für den Löffler'schen Bacillus charakteristischen Merkmale aufwies.

Chavas (423) betrachtet die Pharyngomykosis in Beziehung zur Caries dentium. Er hält Fermentationen und Acidität des Speichels für ätiologisch wichtig. — Lewis Cline (18), S. H. Coulter (18), Marcel Natier (238) erörtern die Differentialdiagnose der Pharyngomykose.

Studer (18) beobachtete ein Decubitalgeschwür des Pharynx infolge einer Exostose des 7. Halswirbels bei einem 85jährigen Manne.

Arthur Baer (18) und Juffinger (18) sahen günstige Erfolge vom Curettement und Milchsäurebehandlung bei tuberculösen Pharynxulcerationen, Adams (396) von der Ergotinbehandlung. — Fälle von Miliartuberculose des Pharynx publiciren Lambert Lack (360), Bowlby (360), Tilley (360). — Ein wahrscheinlich tuberculöses Granulom beschreibt King (529).

Primäraffecte im Mundrachen theilen mit: F. Packard (396), Poirier (396) und Cook (396). — H. de Stella (239) behandelt die schmerzhafte Dysphagie als diagnostisches Zeichen der Syphilis. — A. Fournier (393) erörtert die differentialdiagnostischen Momente zwischen Plaques muqueuses einerseits und einfachen Erosionen, Herpes buccalis, Aphthen, Hydroa buccalis, Glossitis exfoliativa marginalis, Perlèche, Quecksilberaffectionen, Erosionen und Ulcerationen dentären Ursprungs, Ulcus durum, Ulcus molle, Antipyrinexanthem, Tuberculose, Psoriasis und Ulcerationen am Frenulum linguae bei Keuchhusten andererseits. — L. S. Somers (180) weist auf das späte Vorkommen von syphilitischen Veränderungen im Mundrachen hin. — Casuistische Mittheilungen über Gummigeschwülste der hinteren Pharynxwand machen Cheatle (213), Huysman (267).

v. Bokay (20) unterscheidet einen Retropharyngealabscess infolge von retropharyngealer Adenitis von dem traumatischen und metastatischen. Er empfiehlt die Eröffnung vom Pharynx aus, während Haas (238) der Eröffnung von aussen hinter dem Kopfnicker das Wort redet, weil sie den Schutz der aseptischen Wundbehandlung nebst freier Secretentleerung durch Drainage gewährleistet. — Mittheilungen über dasselbe Thema machen Marfan (238), J. R. Arneill (238), Morestin (20), Marton (529), Hauck (529), Traver (529). — F. S. Quinlan (20) sah ein Fibromyxom des Rachens, Collinet (507) Hypertrophie des lymphoiden Gewebes an der Seite des Rachens.

Schech (239, 317) bespricht 17 Fälle maligner Rachengeschwülste. — Gwaert (272) beschreibt ein Lymphosarkom des Pharynx. — Esquerdo (629)

betont die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei beginnenden Epitheliomen des Rachens und ganglionären Epitheliomen der Carotisgegend. — Thorne (551) theilt 1 Fall von Pharynxepitheliom mit. — Dundas Grant (55) beobachtete ein letal verlaufendes Pharynxepitheliom bei einer 36jähr. Frau. In der dieser Mittheilung folgenden Discussion erörtern Mc Bride, Semon, Milligan (56) das Vorhandensein oder Fehlen von Schmerzen bei derartigen Fällen. Mc Bride, Dundas Grant und Pritchard empfehlen die Digitaluntersuchung zur Sicherung der Diagnose.

Operationen: Faure (239) vertheidigt die Berechtigung der chirurgischen Behandlung der Rachensarcome. — R. Lacour (20) empfiehlt die Pharyngotomia subhyoidea zur Entfernung der Tumoren aus Pharynx und Larynx nach vorhergegangener Tracheotomie. — O'Hara (440—41) beschreibt die Excision der Zunge mit tourniquetartiger, doppelter Ligatur der Basis. — Die Chirurgie hypertrophischer Tonsillen besprechen J. Holland (527), H. B. Stanley (82).

W. Walsham (74) fand dreimal in 150 Tonsillen epitheliale Perlen. — Nach Marcel Labbé und Levi-Sirugue (74) gleichen das Reticulum und die darin liegenden Follikel der Structur der Lymphdrüsen. In dem Reticulum finden sich nichtabgeschlossene Lymphräume, die mit den zuführenden Lymphgefässen communiciren. Das peritonsilläre Gewebe begleitet die Gefässe, ohne richtige Septa zu bilden. — Physiologisch sind nach denselben Autoren die Tonsillen wahre Lymphdrüsen. — Guido Masini (288) schliesst aus der Wirkung des Extractes von Hunde- und Kalbstonsillen auf Kaninchen, dass die Tonsillen Drüsen mit innerer Secretion sind, die eine den Blutdruck steigernde Substanz absondern.

G. B. Sweeny (75), J. R. Winslow (75), F. Jessen (76), B. Abrahams (76 und 442), E. Mayer (442) sehen in den Tonsillen eine häufige Ursprungsstätte pathologischer Vorgänge, während A. L. Turner (81) der Hypertrophie der Mandeln die Hauptgefahr einer Infection zuschreibt. — Pirera (526) prüfte die Durchlässigkeit der Tonsillen nicht bloss wie Goodale für Farbstoffe, sondern auch für auf die Oberfläche gebrachte Mikroorganismen. Er fand, dass letztere noch leichter in das Tonsillargewebe eindringen als Farbstoffe, und zwar besitzen die pathogenen Keime das grösste Einwanderungsvermögen. In normale Tonsillen erfolgt die Einwanderung leichter als in hyperplastische oder fibrös entartete. — Loveland (484) berichtet über einen Fall von Tetanus, in dem die Infectionspforte am Gaumen und der Tonsille zu suchen war. — Nach Scheibner (75) werden beim Schluckakt die Mandeln comprimirt, dadurch die Krypten entleert und zur Aufsaugung flüssiger Substanzen geeignet. — Auf eine Infection durch die Bacterien resp. ihre Gifte, die durch die Tonsillen in den Organismus eingedrungen sind, nicht auf eine Rheumatismusinfection als Ursache beider Erkrankungen bezieht F. A. Packard (76) 5 Fälle von Endocarditis nach Angina, in einer redact. Notiz (76) wird auf denselben Zusammenhang hingewiesen. — C. C. Karagueosinantz (76) sah 5mal acuten Gelenkrheumatismus bei 43 Anginafällen, 1mal Icterus, 1mal Pleuritis. — Fälle von Angina mit Gelenkrheumatismus veröffentlichen G. Aue (292), Kronenberg (395). — Nach Siegert (292) ist die Incubationsdauer bei Angina 4 Tage.

Arbeiten über Angina liegen vor von J. E. Sawtell (77), Redact. Notiz (78),

Keiper (78) [mit Albuminurie], J. G. Brownson (78), Goodale (78) [histologisch ist die durch Strepto- und Staphylokokken verursachte Angina eine diffuse parenchymatöse Entzündung mit Proliferation der Lymph- und Endothelzellen], S. J. Bishop (78) [bei Influenza], Bergé (130 und 395) [erosive Angina nach Scharlach], Fischl (292 und 442) [chronische recidivirende exsudative Angina im Kindesalter], V. Mock (443), Bullard (443), Daniel (443). — Hilbert (74 und 289) unterscheidet die primäre selbstständige Angina von der im Verlauf von anderen Infectionskrankheiten auftretenden; er hält die Streptokokken nicht für die Erreger, da er sie auch im Schleim gesunder Tonsillen nachweisen konnte.

Marfan (128) erklärt, dass eine acute primäre Angina mit cohärenten Membranen meist diphtherisch ist und der Serumbehandlung bedarf, während die punctirten oder diffusen Anginen nicht diphtherisch, erst zu injiciren sind, wenn die bacteriologische Untersuchung Diphtheriebacillen ergiebt; in allen zweifelhaften Fällen empfiehlt er. Seruminjectionen. — Bei Scharlachangina will Blackader (130) Seruminjectionen nur bei Nachweis Löffler'scher Bacillen.

Meist herpetische Anginen folgen nach Martin (129) häufig auf menstruelle Störungen; die Anginen sind meist durch Streptokokken verursacht, auf die durch die Menses verminderte Widerstandsfähigkeit zu beziehen und wie jede andere Angina zu behandeln. — Le Demany (394) kommt zu derselben Ansicht, er bespricht (395) die Differentialdiagnose zwischen Angina herpetica und scarlatinosa. — Lacoarret (80) betrachtet die Angina ulcero-membranosa als eine Complication der Stomatitis ulcero-membranosa. — A. Panoff beschreibt die gleiche Erkrankung.

Für die Isolirung der Anginakranken spricht sich du Mesnil de Rochemont (129) aus. — Dietrich (527) sah eine Toxinvergiftung (Krämpfe) nach Angina.

Ueber chronische Tonsillitis veröffentlicht E. C. Clark (81) eine Arbeit; einen Fall von Follikelectasie publicirt Reinhard (84).

Zeehuisen (129) fand bei 72 Anginen 32mal Streptokokken, 10mal Staphylokokken, 25mal Strepto- und Staphylokokken, 4mal Streptokokken mit verschiedenen anderen Mikroorganismen, 6mal ein kurzes Stäbchen in Reinculten, 3mal Löffler'sche Bacillen. Die Virulenz der Mikroorganismen entspricht im Allgemeinen der Schwere des Falles. — Streptokokken fand Letulle (132) bei acut ulceröser Angina, Calvin S. Page (130) bei Scharlachangina, le Damany (131) bei einer Epidemie von einfacher Angina. Den Bacillus der Schweinesepticämie fand Arslan (130) in 5 Fällen von Angina und Rhinitis pseudo-diphtherica, den Tetragenus in Reincultur Lartigan und Mc. Farlane (131), den Bacillus Friedländer wies A. Bellot (131) einmal rein, einmal mit dem Löffler'schen gemischt nach, bei dem ersteren ist die Membran sehr fest adhärent und mit weissen Punkten durchsetzt. — Rosa Engelmann (78) züchtete bei Influenza-angina theils den Pfeiffer'schen Bacillus trotz des klinischen Bildes von Diphtherie, theils den Pneumococcus. — Raoult und Fink (390) fanden zweimal Soor bei Angina. — Den Vincent'schen spindelförmigen Bacillus fanden Raoult und Thiry (507), Vincent (395), Nicolle und Hallipré (396), Schneider (132), Nicola (395 und 132), A. Panoff (132), Parmentier (292), J. Freyche

(292), Tarasewitsch (292). — Class (527) hält den Diplococcus scarlatinae für den Erreger des Scharlachs. — J. J. Mackenzie (73) züchtete aus Wasser dem Diphtheriebacillus ähnlichen Streptothrix.

F. C. Cott (82) widmet dem peritonsillären Abscess eine Studie. J. A. Stuckey (82) hält ein Coupiren der Peritonsillitis, falls man in den ersten 48 Stunden die Behandlung beginnt, für möglich. — Francis Huber (290) beobachtete einen lateralen Rachenabscess im Anschluss an eine Tonsillotomie. — Treitel (83) bespricht die Natur und Behandlung chronischer Mandelabscesse. Casuistische Mittheilungen machen: Greene (444), Gage (528), Rosner (416), Pfingst (528), Katz (528).

L. D. Brose (81) erörtert die Hypertrophie der Tonsillen. — A. L. Turner (81) hebt die Bedeutung hypertrophischer Mandeln als Infectionspforte hervor. L. Freiberger (81) leugnet die Mandelvergrösserung als wesentliche Ursache der Enuresis. — 2 Fälle von polypoider Hypertrophie beschreibt Texier (507), einen Fall von Hornbildung der Gaumenmandel Raoult und Hoche (509).

Die Operationen an den Tonsillen: Spaltung, Zerstückelung, Kauterisation, Tonsillotomie und Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge betrachten Grossard und Mounier (290) und Hardenbergh (444). J. R. Winslow (75) hält die galvanokaustische Herausschneidung der Mandel aus ihrer Kapsel für die beste Operationsmethode. J. L. Anderson (81 und 444) und Hadfield (827) empfehlen die Tonsillotomie. — Eine bedrohliche Nachblutung nach dieser Operation erlebte L. D. Brose (81), eine tödtliche Blutung 9 Stunden p. o. T. A. Stucky (82), Guinlan (527) 2—3 Stunden nach der Tonsillotomie. — Carr Lane (82) erachtet die Blutung für einen Nutzen der Tonsillotomie, er fördert dieselbe deshalb künstlich durch Reiben. — Grazzi (444 u. 528) empfiehlt bei chronischen katarrhalischen Affectionen Friction der Rachenwand mit Metallrolle.

3 Fälle von Fischgräten in den Tonsillen publiciren Mc. Kinney nnd Minor (85). — Von Robertson (85) ist ein Fall mitgetheilt, in dem ein 15 g schwerer Stein der Tonsille ausgehustet wurde; in dem Fall von Strong (85) handelt es sich um zwei Steine; H. v. Anrooy (263) liefert gleichfalls einen Fall von Mandelstein.

Unter 14 Gaumen- und 15 Rachentonsillen, die v. Scheibner (75 und 442) auf Tuberculose untersuchte, fand er 2mal Tuberkel- und Riesenzellen, niemals Bacillen, in beiden Fällen glaubt er primäre Aspirationstuberculose annehmen zu können. Unter 32 Fällen von Tuberculose stellte er nur 2mal — wahrscheinlich primäre — Tuberculose der Mandeln fest. Ozeki (443) berichtet über 2 primäre und 9 secundäre Tonsillentuberculosen.

Nach Labbé und Lévi-Sirugne (291) erscheint die Tuberculose der Mandeln häufiger histologisch als klinisch, häufiger beim Erwachsenen als beim Kind. Die Infection erfolgt entweder durch das Sputum, durch eine ascendirende Infection der Lymphdrüsen oder durch die Blutbahn. Sie unterscheiden: die Ulceration, die typische Tuberkelbildung mit Ausgang in Verkäsung oder Sclerose und die diffuse Infiltration. — S. Oppenheimer (83) bespricht das klinische Bild der Mandeltuberculose. — Barbier (83) liefert einen casuistischen Beitrag hierzu.

In einem klinischen Vortrag bespricht Leguen (180) den Schanker der Mandeln. — Nach Dieulafoy (83) sind differentialdiagnostisch für den Tonsillenschanker wichtig: 1. die Einseitigkeit, 2. die Induration, 3. die Schwellung der Halslymphdrüsen. Sicher wird die Diagnose, wenn Roseola und Syphilide auftreten. — Einen Fall von doppelseitigem Primäraffect theilt H. C. Fenlow (84) mit. — Das Verhalten der 4 Mandeln bei secundärer Syphilis erörtert René Lamy (84). — Die Tertiärerscheinungen der Syphilis an den Mandeln theilt Froissart (84) in a) das ulcerirte Gummi, b) das nicht ulcerirte Gummi, c) die ganz oberflächliche Ulceration. — Einen casuistischen Beitrag hierzu liefert Gaudier (84).

Die gutartigen Tonsillargeschwülste bespricht Yeardsley (85). — Es theilen mit: Onodi (85) 3 Fälle von Lipoma oder Fibroma lipomatosum, C. Chauveau (291) ein Adenofibrom, Beco (297) ein Fibrom, A. Cheatle (360) eine polypöse Geschwulst der Fossa supratonsillaris, Reinhard (84) eine Tonsilla pendula, Raoult und Hoche (506) Papillome der Gaumen- und Zungenmandel.

Je 1 Fall von malignem Lymphom der Mandel veröffentlichen Mamlok (85) und Lack (360), einen von Mandelcarcinom J. G. Connal (85) und de Santi (359). — A. Carrel (291) heilte ein Carcinom der Tonsille, des vorderen Gaumenbogens, des Gaumensegels, der Zungenbasis und des Kiefers durch Operation. — Poncet und Bérard (446) beobachteten ein von einer Ulceration in der Gegend der Fossa tonsillaris ausgehendes malignes Rhabdomyom. — Stewart (548) stellt ein torpides Geschwür der rechten Tonsille und des Zungenrandes vor, das sich vorübergehend nach Jod besserte, durch Curettement und Cauterisation fast heilte, dann aber recidivirte. Semon (548) hält den Fall für ein Lymphosarcom, Baber (548) für Lues. — Gaudier (503) operirte ein Mandelsarcom, bei dem der Exitus an Sarcomatose erfolgte. — In einem durch Infection von der Tonsille bedingten Fall von Septicämie erzielte C. E. Edson (289) durch subcutane Kochsalzinjection Heilung. — Frank Lydston (487) giebt neue Operationsmethode für Speichelfistel an.

Instrumente: Resectom für die Tonsillen: Breitung (82). — Guillotine: Foxcroft (82). — Sterilisirbarer Brenner: Schneider (150). — Federhalter für die Uvula: L. Ajello (235, 439). — Tonsillarcompressor: Depaugher (291, 527), Dovitiis (291). — Electrode zur Electrolyse von Oesophagusdivertikeln: Ch. D. Aaron (311). — Aetzmittelträger: Hecht (314). — Zungenspatel: A. B. Andrews (341), Vacher (509) mit Vorrichtung zum Auffangen abgeschnittener adenoider Vegetationen. — Gaumenhaken: Möller (441). — Trokart zur Eröffnung von Rachenabscessen: Gage (445). — Vacher (510): Instrumente für Nase, Kieferhöhle, Mandeln. — Garel (510): Galvanische Schlinge für adenoide Vegetationen. — Raoult (510): Instrumente für Tonsillo- und Adenotomie. — Bonain (510): Instrument für die Zungentonsille. — Escat (510): Compressionszange für blutende Nasenarterien. — Loubard (510): Pulverbläser.

Unter den empfohlenen Medicamenten sind keine besonders erwähnenswerthen neuen zu bemerken.

E. Meyer.

D. Diphtheritis und Croup.

Zahlreiche Autoren haben sich auch in diesem Jahre mit der Erforschung der culturellen und biologischen Eigenschaften des Diphtheriebacillus beschäftigt. Die Identität des Bacillus, seine möglichst schnelle Erkennung und die Bedingungen seiner Uebertragbarkeit sind zumeist Gegenstand dieser Arbeiten.

Coles (133) giebt eine Modification der Neisser'schen Färbung für Diphtheriebacillen an. — Joos (133) berichtet über ein neues Culturverfahren, mittelst dessen man die Diphtherieculturen oft schon nach 5—6, sicher aber nach 12 bis 15 Stunden erkennen kann. Concetti (530) glaubt sogar schon nach 4 Stunden die sichere Diagnose auf Diphtherie stellen zu können. — Delafield, Davis, Tavel, Zielinska, Januscewska (21), Golowkow, Richardière und Tollemer (86) erörtern die culturellen Eigenschaften des echten und des Pseudo-Diphtheriebacillus. — Seitz (239) sah bei einem Knaben, der Diphtheriebacillen in seiner Mundhöhle beherbergte und der die Gewohnheit hatte, an den Fingernägeln zu nagen, ein diphtherisches Panaritium entstehen. — Die Behauptung, dass sich bei 18 pCt. aller gesunden Personen, die mit Diphtheriekranken in Berührung kommen, Diphtheriebacillen vorfinden, ist nach Kober (341) übertrieben. Er fand sie nur bei 8 pCt. Bei Leuten, die nichts mit Diphtheriekranken zu thun haben, fand man sie nur in 0,83 pCt. (Red. Not. 341). — Grigoriew (341) untersuchte 46 Diphtherie-Reconvalescenten; bei 36 verschwanden die Bacillen aus der Nase in den ersten 8 Tagen, bei 5 in der zweiten Woche, bei 5 zwischen dem 18. und 20. Tage. — Charrin und Levadité (22) schreiben dem Pancreas eine abschwächende Wirkung auf das Diphtherietoxin zu. — In 1000 Fällen von Diphtherie, die auf die Persistenz des Diphtheriebacillus untersucht wurden, betrug die kürzeste Zeit, nach der der Bacillus verschwand, 3 Tage, die längste 145 Tage, der Durchschnitt 122. — Auch Russell (134) fand noch 2, $3^1/_2$ und $4^1/_2$ Monate nach dem Ausbruch der Krankheit virulente Bacillen in der Mundhöhle des Kranken. — Nedrigalow (188) ist dagegen der Ansicht, dass das Antidiphtherieserum weder vom Magen- noch vom Pancreassaft, noch von der Galle angegriffen werde. Die neutralisirenden Ursachen sieht er entweder in den lebenden Darmepithelien oder in der Lymphdrüsensecretion. — Meany (397) berichtet, dass man beim Schwein, beim Schaf, Pferd, Katze und Hund eine Erkrankung gefunden hat, die der menschlichen Diphtherie sehr ähnlich sei; er meint, dass diese Erkrankung, als deren Infectionsträger Haare, Wolle, Federn, Borsten anzusehen seien, auf den Menschen übertragbar sei; für die Uebertragung der Vogeldiphtherie auf den Menschen tritt Ferré (397) von Neuem ein. — Semon (530) berichtet über einen Fall, bei dem wahrscheinlicherweise die Butter als Infectionsquelle anzusehen ist.

Ueber den Werth des Serums zu Immunisirungszwecken kann man sich nach den vorliegenden Arbeiten immer noch kein zuverlässiges Urtheil bilden. Anders (136) hat zwar 422 Kindern die Immunisirungsdosis gegeben, ein endgültiges Urtheil über die Wirksamkeit dieser Methode ist ihm aber nach seinem eigenem Urtheil bisher nicht möglich. Je grösser die Dosis, um so länger dauert

jedenfalls ihre Wirkung; zu ähnlichen Resultaten kommt Adams (189). — Sterkowski (241) dagegen bekämpft die Anwendung des Serum zu Immunisirungszwecken und bei Mischinfection; nur bei reiner Diphtherie entfaltet es nach St. seine günstigen Eigenschaften. — An dieser Stelle ist auch einer Mittheilung von Ikehaxa und Hasseganda (22) Erwähnung zu thun, die bei einem Knaben 14 Tage nach der Seruminjection ein tödtliches Recidiv beobachteten; allerdings wird das Krankheitsbild durch intercurrirende Masern complicirt. — Ueber die Complicationen, die er bei 100 mit Serum behandelten Diphtheriefällen beobachtet hat, berichtet Bolton (137); er fand Ausschlag, Gelenkschmerzen, Temperatursteigerung; Albumen in 54 Fällen, während bei 100 anderen, nicht mit Serum behandelten Fällen nur 24,1 pCt. Albumen zeigten. — Uchida (24) sah 30 Minuten nach einer Seruminjection eine Temperatursteigerung auf 39°, Dyspnoe mit inspiratorischem Stridor, krampfhafte Contraction der Athemmuskeln und urticariähnlichen Ausschlag. Nach einigen Stunden war alles vorüber.

Zahlreich sind die Mittheilungen, die über Nachkrankheiten berichtet werden; so erwähnt Woollacott (87) 3 Fälle von Herzthrombose nach Diphtherie, Edgeworth (135) einen Fall von Thrombose in der Basilararterie. — Ueber die Art, wie nervöse Nachkrankheiten bei Diphtherie zu Stande kommen, verbreitet sich Mya (23). Er ist der Ansicht, dass während des Verlaufes einer diphtherischen Infection gewisse Mengen von Toxinen im Innern der Gewebe zurückbleiben können. Diese verursachen in der ersten Zeit locale Läsionen der Nervenendigungen, später kann der Krankheitsprocess in seinem centripetalen Verlauf durch die Nervenbahnen die centralen Partien erreichen. — Seifert (312) empfiehlt zur Behandlung diphtherischer Stimmbandlähmung neben der Anwendung von Elektricität und roborirenden Mitteln methodische Athem- und Stimmübungen. — Batten (240) untersuchte in 5 ad exitum gelangten Fällen, die mit Lähmungen combinirt waren, die Nerven. In 4 Fällen fand er charakteristische Veränderungen, im 5. waren sie trotz 80tägiger Krankheitsdauer nicht nachzuweisen. — Huber (87), Woollacott (448) glauben, dass diphtherische Nervenlähmungen um so seltener auftreten und um so milder verlaufen, je früher die Seruminjection vorgenommen wird.

Die günstigen Erfahrungen früherer Jahre über die Erfolge des Diphtherieserums werden von Neuem und von den verschiedensten Seiten bestätigt. Wir heben die Urtheile folgender Autoren hervor:

Marcuse, Wenner (25), König (26), Sigel-Stuttgart, Königsberg-Russland, Sevestre-Paris (88), Violi-Constantinopel, Fibiger-Kopenhagen, Baginski-Berlin (89), Rauchfuss-Russland (90), Massei-Neapel (135), M. Schmidt-Riga (188), Tonkin, Jefferis Turner-Brisbane, Duenas-Cuba (449), Zaunttini-Italien (531), Wright-Amerika, Turner-Australien (534). — Ein ungünstiges Urtheil über diese Methode giebt Herrman (26) ab; seine absprechende Meinung erfährt aber eine eingehende Erwiderung von Robin (343). Auch Rupp (491) äussert Zweifel an der Heilkraft des Serum. — Im Willard Parker Hospital-New York (24) hat man die eine Hälfte der Diphtheriefälle mit Chlor, die andere mit Serum behandelt. Der Eindruck war, dass die Chlorbehandlung zwar unschädlich, aber auch nutzlos sei. — Die Tubage bei der Diphtherie

findet immer mehr und mehr Anhänger. So sahen Comba und Simonetti (138) in der Kinderklinik von Florenz die Sterblichkeit der daselbst wegen diphtherischer Larynxstenose operirten Kinder von 60 pCt. auf 26,58 pCt. herabgehen. Sie sehen in der Intubation eine segensreiche Methode, widerrathen aber deren Anwendung bei Kindern unter 2 Jahren, bei Rachitis und bei Bronchopneumonie. Gelegentlich lassen sie die Tracheotomie der Intubation folgen. — Auch Massei (492) erklärt sich für einen warmen Anhänger der Methode. A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Eine nicht unwesentliche Bereicherung hat die vergleichende Anatomie und die Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes in diesem Jahre erfahren. Unter den einschlägigen Arbeiten heben wir hervor eine Studie von Symington (92). S. schliesst sich der Ansicht von Nicolas und Kallius an, wonach der Schildknorpel aus der Verschmelzung zweier lateraler Kiemenbögen hervorgeht. Semon nimmt diese Ansicht auf zur Erklärung eines von ihm beobachteten Falles, bei dem beide Schildknorpelhälften nur durch eine ligamentöse Verbindung zusammenhingen. — Henke (191) giebt eine entwicklungsgeschichtliche Erörterung der verschiedenen Formen der Epiglottis. — Galatti (93) untersuchte die Verschiedenheiten im männlichen und weiblichen Kehlkopf des Kindesalters. — Hansemann (93) führt die Morgagni'schen Ventrikel nicht auf eine hypothetische 5. Visceraltasche zurück, sondern auf die Zerrung, welche durch die Ausdehnung des Schildknorpels und das Hinaufsteigen des Zungenbeins veranlasst ist. Beim Erwachsenen wie beim Kinde zeigen die Ventrikel vielfache Varietäten. — Livini (197) bemerkt zu der Entwicklungsgeschichte der Trachea, dass von den elastischen Fasern die longitudinal verlaufenden sich am frühesten entwickeln. Auch die Drüsenanlagen waren bei einem 13 cm langen Fötus schon nachweisbar. — Einen interessanten Vortrag mit Demonstrationen hält E. Meyer (410) über die Anlage der paarigen und unpaarigen Luftsäcke bei den Affen. — Hervorzuheben ist noch eine Mittheilung von Berthold (93), der bei einem 22jährigen Individuum mit weiblichem Namen einen Hermaphroditismus masculinus durch den Kehlkopfspiegel diagnosticirte.

Gregor (97) fand bei einem an Dpspnoe im 5. Monat verstorbenen Kinde in der Mitte der Trachea eine sanduhrförmige Einschnürung, an der die Pars membranacea fehlte. — v. Schrötter (97) berichtet über einen Patienten, bei dem er endotracheale Exostosen und Ecchondrosen diagnosticirte, die per vias naturales entfernt wurden. — Hierher gehört auch die Mittheilung von Cousin (93), der ein Kind 25 Minuten nach der Geburt verlor, bei dem die ossificirte Epiglottis in ihrem ganzen Umfange an den unteren Knorpeln adhärirte. — v. Branegoldt (94) berichtet über einen Fall, bei dem eine nach Laryngofissur auftretende Stenose des Larynx durch Transplantation eines Stücks vom Rippenknorpel mitsammt dem Perichondrium und nachfolgender Intubation geheilt wurde.

Mit den Lagebeziehungen des Kehlkopfes zur Wirbelsäule beschäftigt sich eine Arbeit von Betti Ugo Arturo (191). — Das Verhältniss des Aortenbogens

zum linken Bronchus hat ein für das Aneurysma des Aortenbogens nicht unwesentliches Symptom ergeben, dessen Häufigkeit von A. Fränkel (97) bestätigt wird. Wenn man nämlich bei möglichst weit nach hinten übergebeugtem Kopfe die Kehlkopfknorpel zwischen dem ersten und zweiten Finger unter leichtem Druck von unten nach oben schiebt, so fühlt man in solchen Fällen ein pulsatorisches Schlagen des Kehlkopfes nach unten.

Donogany (35) stellte fest, dass die Taschenbänder bei der Phonation regelmässige Bewegungen machen, welche durch den in ihnen gelegenen Muskel bedingt sind. Unter pathologischen Verhältnissen können sie für die Stimmlippen einen gewissen Ersatz leisten. — Valentin (243) meint, dass die alte Anschauung, nach welcher die Stimmritze beim Hustenstoss durch den Luftdruck gesprengt werde, nicht aufrecht erhalten werden kann. Es wird vielmehr die vorher krampfhaft geschlossene Glottis weit geöffnet durch eine Reflexcontraction der beiden Postici, welche den Adductorenverschluss überwindet.

Moulton (345) bringt eine Abhandlung, die sich mit der Nomenclatur und der Pathogenese der acuten Kehlkopfentzündungen befasst. — Gallois (346) beschreibt eine Form der Laryngitis, die hauptsächlich die subglottischen Partien betrifft und keuchhustenähnliche Symptome macht. — Avellis (347) sieht in der Schwangerschaft ein die Neigung zu trocknen Catarrhen begünstigendes Moment. — Freudenthal(348) berichtet über einen Fall von chronischer Urticaria laryng., die mit grösseren Pausen seit Jahren besteht, gleichzeitig mit Hauturticaria auftritt und sich im Wesentlichen auf der Epiglottis abspielt. — Ein Fall von Pemphigus, der nur die Schleimhaut des Mundes und des Kehlkopfes ergriffen hatte, wird von Bryan (348) mitgetheilt. — Gellé fils (508) sah zweimal hämorrhagische Laryngitis bei Leuten, die schwere Lasten auf dem Kopf zu tragen gewohnt sind, und glaubt, dass die Congestion des Larynx, die durch diese Arbeit bedingt wird, diese Affection veranlasst.

Baurowicz (193) berichtet über einen interessanten Fall von typischem Gelenkrheumatismus, der mit einer Fixation des linken Cricoarytaenoid-Gelenkes begann und der in typischer Weise verlief. — Einen ähnlichen Fall erwähnt Potain (348).

Einen ganz eigenartigen Fall von angioneurotischem Oedem des Gesichtes, des Rachens und des Kehlkopfes beschreibt Damieno (346). Die ganze Affection, die extremste Athemnoth ausgelöst hatte, ging in wenigen Stunden vorüber. — M. Richter (346) ist der Meinung, dass das Oedem am Kehlkopfeingang bei Wasserleichen eine postmortale Erscheinung sei. — Bacaloglu (451) berichtet über 2 Todesfälle, durch Asphyxie bei Larynxödem; in dem einen Fall war die Affection eine syphilitische. — Einen Fall von Jododem beschreibt Avellis (346), einen Abscess an der Vorderfläche der Epiglottis Howe (347). — Marsden (494) unterscheidet bei den durch Typhus bedingten Larynxaffectionen drei Formen: 1. die ödematöse Laryngitis, 2. die ulcerative Laryngitis und 3. die laryngeale Perichondritis.

A. Kuttner (297, 298), veröffentlicht einen Fall von Pachydermie, der an beiden Proc. vocales Dellen mit schalenförmigen Wülsten zeigt. Auf der einen Seite sind die Veränderungen wesentlich stärker ausgeprägt als auf der anderen.

Da die beiden Stimmlippen stufenförmig über einander lagen, so liegen auch die Wülste so über einananđer, dass ein Ineinandergreifen derselben ausgeschlossen ist. In Folge dessen sieht K. in diesem Fall einen Beweis dafür, dass die pachydermatischen Dellen an den Proc. vocal. nicht immer durch Ineinandergreifen der Wülste (B. Fränkel) entstehen müssen, sondern auch durch eine andere Ursache, nämlich durch die feste Verbindung zwischen Knorpel und Schleimhaut (Virchow), bedingt werden können. Réthi (298) glaubt, dass das beschriebene Kehlkopfbild noch auf andere Weise hätte entstehen können und will diesen Beweis in K's. Sinne nicht gelten lasssn. Kuttner (298) hält den Entstehungsmodus, den Réthi angiebt, für willkürlich und durchaus unwahrscheinlich und bleibt bei seiner Ansicht. — Casuistische Beiträge für die Pachydermie liefern Anderodios, Oseki (297).

Przedborski (495) hat, gestützt auf 14 eigene Beobachtungen und eine Reihe von bereits früher in der Literatur niedergelegten Fällen, die Affectionen, die die Schwangerschaft im Kehlkopf auszulösen im Stande ist, einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Wir finden die Lähmungen der verschiedenen Muskeln und Nerven, verschiedene Formen der Schleimhautentzündungen, eine Ozaena, eine Tuberkulose des Larynx und einen Polypen.

Onodi (28) glaubt durch seine Untersuchungen an perforirten Neugeborenen und Missgeburten das subcerebrale Phonationscentrum, das er im Gegensatz zu Grabower und Klemperer beim Hunde zwischen den hinteren Corpora quadrigemina und dem Vagusgebiet angenommen hat, auch für den Menschen nachgewiesen zu haben.

Mit der Frage über die Lage der Kerne des Vagus, Accessorius und Hypoglossus beschäftigt sich eine Discussion zwischen v. Zander und Grabower (29, 411). v. Z. (29) stellt einen Patienten vor, der rechts motorische Lähmung des Gaumensegels, Lähmung sämmtlicher Kehlkopfmuskeln, des Sternocleidomastoeideus, eines Theiles des Cucullaris, ferner Sensibilitätsstörungen im Pharynx und Larynx, links Lähmung eines Theiles der Kehlkopfmuskeln und Sensibilitätsstörungen am Gaumensegel und im Kehlkopf, ausserdem Pulsbeschleunigung, erhöhte Athemfrequenz und Erscheinungen seitens des Magens aufwies. Er glaubt, dass dieses Krankheitsbild sich mit den neuen Lehren Grabower's schwerer in Einklang bringen lässt, als mit den früher herrschenden Anschauungen. Grabower misst diesem Fall keinerlei Beweiskraft im Sinne des Vortragenden zu; die beweisende Autopsie steht aus. Dasselbe Thema kommt zur Erörterung gelegentlich der Demonstration eines ähnlichen Falles durch Tilley (545).

Der Nv. recurrens ist nach Réthi (27) in der Mitte und wahrscheinlich auch in seinen unteren Partien rein motorisch; in seinem peripheren Verlauf aber fand R. auch sensible Fasern, welche vom N. laryng. sup. durch den Ramus communicans kommen. — Onodi (27) weist nach, dass im Recurrens Faserbündel aus dem Sympathicus, aus den Herznerven und aus dem N. laryng. sup. verlaufen. Der Austausch der Fasern zwischen N. laryng. sup. erfolgt in der Ansa Galeni und im Gebiet des Musc. arytänoid. transvers. — H. Krause (248) hat von neuem Versuche mit seinem bekannten Druckverfahren angestellt; die er-

haltenen Resultate betrachtet er als eine Stütze der Grossmann'schen Auffassung von der Reccurenslähmung. — Neumayer (317) hat einen Fall mikroskopisch untersucht, bei dem die eine Stimmlippe länger als ein Jahr in der sog. Cadaverstellung gestanden hatte. Es zeigten sich in dem Recurrens und in den von ihm versorgten Muskeln die typischen Degenerationserscheinungen, der M. cricothyreoideus war auf beiden Seiten normal — ein neuer Beweiss gegen die Grossmann'sche Auffassung von dem Einfluss dieses Muskels auf die Stellung der Stimmlippe bei Recurrenslähmung.

Sendziak (30, 31) hat eine umfassende Darstellung von Kehlkopferscheinungen bei den verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems gegeben, unter seinen Beobachtungen finden sich Fälle von Tabes, Syringomyelie, Paralysis bulbaris progress., Haemorrhag. und Encephalomalacia cerebri u. s. w. — Baurowicz (31) erörtert die Larynx-Symptome bei Syringomyelie an der Hand eines Falles, bei dem sich eine doppelseitige Posticuslähmung entwickelte, die B. Schritt für Schritt verfolgen konnte. — Einen ähnlichen Fall hat Drualt (30) beobachtet; bei seinem Patienten veranlasste die geringste Anstrengung schwere Dyspnoe. — Money (453) sah nach Influenza Lähmungserscheinungen auftreten, die mit der Bulbärparalyse grosse Aehnlichkeit hatten. — Portela (454) musste in 2 Fällen von Posticuslähmung auf syphilitischer Basis die Tracheotomie vornehmen; auf specifische Behandlung verschwand die Lähmung vollständig.

Baumgarten (151) demonstrirt einen Fall von Recurrenslähmung mit Erschlaffung der ary-epiglottischen Falte, wodurch ein Tumor vorgetäuscht wurde. Potter (206), Bowlby (208); St. Clair Thomson, Permewan und Semon (547) berichten über Recurrenslähmung nach Influenza. Nitrill (29), Beale (548) sahen doppelseitige Recurrenslähmung in Folge von Oesophaguscarcinom, Lake (551) in Folge von Syphilis. — Mc. Coy (29) berichtet über drei das Leben gefährdende, doppelseitige Abductorenlähmungen im Verlauf des Typhus.

Sicard (97) fand, dass die Angstempfindung, die bei Gesunden durch Percussion oder Compression der Trachea ausgelöst wird, bei manchen Krankheiten des Nervensystems (Tabes, allgemeine Lähmung, Hysterie) fehlt. Es steht das mit anderen Erscheinungen von visceraler Analgesie, die bei Tabes beobachtet werden, im Einklang.

Houssay (247) bringt eine historische Studie über die verschiedenen neuropathischen Stimmstörungen. — Deane (249) fand hysterische Aphasie bei einem 5jährigen Kinde. — Crocq (250) berichtet über 2 Fälle von traumatischer Aphasie. — Hunt (463) beobachtete eine Patientin, deren hysterische Aphonie 11 Jahre anhielt. — Schmiegelow (467) demonstrirt ein 31jähriges Mädchen, bei dem in Folge von functionellem Inspirations- und Intonationsspasmus die Tracheotomie gemacht werden musste.

Thorne (210) demonstrirt einen Fall von Ictus laryngis, der von anderer Seite als Ohr- oder Herzschwindel aufgefasst wird. Eine weitere Mittheilung zu diesem Thema bringt Posthumes Meyjes (246). — Onodi (315) stellt fest, dass unter dem Namen Chorea laryngis eine Reihe von Affectionen zusammengeworfen werden, die abgesehen von einer rein äusserlichen Aehnlichkeit nichts

mit einander gemeinsam haben. Er macht den Vorschlag, dass man nur diejenigen Fälle als Chorea laryng. bezeichnen soll, bei denen echte choreatische Bewegungen im Larynx constatirt wurden, die mit einer allgemeinen Chorea minor Hand in Hand gehen.

Ganghofner (246) fand, dass fast alle Kinder, die an Laryngospasmus leiden, rachitisch waren und dass der Spasmus glottidis gewöhnlich mit Tetanie combinirt ist. Er empfiehlt die diätetische Behandlung durch Verabreichung von Phosphor zu unterstützen. — Sevestre (246), Richardière (247) geben an, dass länger dauernde Larynxkrämpfe, die eine Intubation nothwendig machen, durch Ulcerationsprocesse im Bereich der oberen Luftwege oder auch in der nervösen Disposition des betreffenden Individuums bedingt sein können.

Horne (58) bespricht die Pathogenese und die klinischen Frühzeichen der Larynxtuberculose. Mikroskopisch fand er zuerst gewöhnlich eine Affection der Drüsen in den Wänden des Morgagni'schen Ventrikels. Er schildert die Entstehung der tuberculösen Riesenzellen. Klinisch fand er im Anfang Störungen der Sensibilität, Anämie oder Hyperämie, vorübergehendes Oedem, Störungen der Stimmfunction und Schwächung der Muskelbewegungen. — Dass die Einseitigkeit entzündlicher Stimmbandaffectionen den Verdacht auf Tuberculose nahelegt, wird von Neuem hervorgehoben durch St. Clair Thomson, de Havilland Hall, Beale, Tilley, Semon (106). — Magenau (138) hat in der Jurasz'schen Klinik 400 Phthisiker daraufhin untersucht, ob die von Krieg angenommene Gleichseitigkeit der Lungen- und Kehlkopferkrankung auch in diesen Fällen nachweisbar ist. M.'s Resultate stimmen mit den Krieg'schen (s. vorj. Jahresber. S. 573) nicht überein. M. will auf Grund seiner Untersuchungen nicht etwa die Annahme, dass die Infection des Kehlkopfes von den Lungen her durch die Lymphbahnen erfolge, bestreiten, er glaubt nur, dass die Annahme sich nicht durch die Statistik beweisen lässt. — Für die Frage von der Heilbarkeit der Tuberculose dürfte von grossem Interesse sein ein Vortrag, den L. v. Schrötter (140) gehalten hat, in dem er unter Demonstration zweier geheilter Fälle von schwerer Lungen- und Kehlkopftuberculose proclamirt, dass die Tuberculose in allen ihren Stadien heilbar sei.

Für die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose treten an der Hand von geheilten Fällen ein: Gleitsmann (140), Goris (143, 270) — Thyrotomie —, Delsaux (270), Dabney (496). — Einen Fall von Spontanheilung tuberculöser Kehlkopfgeschwüre berichtet Eiserbarth (351). — Des Weiteren wird zur Behandlung der Kehlkopftuberculose empfohlen die intratracheale Injection flüchtiger Oele von Mendel (351, 451); Formaldehyd von Gallagher (141); Inhalationen eines Gemisches von Dämpfen von Menthol, Bromoform und Orthoform von Lacroix (496); Paramonochlorphenol von Richards (141); Orthoform von Kassel, Dickermann (142), Freudenthal (351, 497); Phenol. natrosulforicinicum von Baumgarten (116); Chlorzink von Castex (351).

Massei (143) verwahrt sich gegen die Trennung von Lupus und Tuberculose. — Eine ausführliche klinische Studie über den Lupus laryngis mit 20

Krankenberichten veröffentlicht Mygind (496); er hält es für practisch, 5 klinische Stadien zu unterscheiden.

Arslan (349) beschreibt als Symptome, die für die Kehlkopfsyphilis von Kindern charakteristisch sind, Dysphonie, Husten, Coryza und Stenose. — Damieno (349) stellt gelegentlich eines Falles von Stenosis hypoglottica, bedingt durch einen Gummiknoten, die Indicationen für die Tubage auf. — Weitere Fälle von Gummibildung im Kehlkopf werden beschrieben von Cordes, Kohnert (350), Neumann (452). — Ueber die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis finden wir eine Zusammenstellung von Jordan (494).

Zahlreich sind die Mittheilungen über die Stenosen in den oberen Luftwegen; wir heben hervor die Berichte von Preindlsberger, Schultz (98), Jones und Keen, Holzknecht (99). S. 191—192; Otto (192) erzählt von einer Patientin, die seit 12 Jahren an Pemphigus der Haut, der Augen und der Schleimhäute des Respirationstractus litt. Im Larynx hatte sich ein Diaphragma gebildet. — Comba und Simoneti, Rundström (195) erörtern die Behandlung der Larynxstenosen. — Schmiegelow (204) stellt 2 Fälle von Larynxstenose vor, die durch Perichondritis der Cartil. cricoidea veranlasst waren. — Zwaardemaker (498) beobachtete ein Kind, das von Geburt an hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe litt. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte beide Stimmlippen in der Mittellinie. Die Tracheotomie wurde verweigert. Im Alter von $2^1/_2$ Jahren starb das Kind in einem Erstickungsanfall. — Kraus (498) fand bei einem 21jährigen Patienten ein membranöses Kehlkopfdiaphragma, das die vorderen zwei Dritttheile der Stimmlippen verschloss. — v. Mangoldt (498) hat bei schweren Larynxstricturen, wo die Narben bis auf den Knorpel reichten, zum Ersatz der Knorpeldefecte mit Erfolg Rippenknorpel verwendet.

Die Berichte über die durch Intubation erzielten Erfolge lauten immer günstiger, s. darüber S. 196, 399—405. Auch die früher von Sevestre und Variot aufgestellte Einschränkung, dass man die Tubage nur in der Hospitalpraxis anwenden dürfe, wird von Trumpp, Escat (403, 404) für ungerechtfertigt gehalten.

Einen lesenswerther populär-medicinischer Vortrag über die Hygiene der Stimme hat Körner (36) gehalten. — J. C. Skene (36) verbreitet sich über den diagnostischen Werth der Stimme, die über den Zustand des Gehirns und Nervensystems bessere Auskunft giebt als die Sprache. — Abrahams (38) empfiehlt zur Heilung der Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis die Stelle, wo der innere Ast der oberen Kehlkopfnerven in den Larynx eintritt, mittelst Methylchlorid oder eines Sprays von Rhigolen zum Gefrieren zu bringen. — Einen eigenartigen Fall von Sprachstörung berichtet Makuen (39). Es handelt sich um einen Jungen von 15 Jahren, der durchaus nicht schwachsinnig war, aber die einfachsten Buchstaben und Worte nicht behalten konnte. Systematische Uebungen ergaben eine schnelle Besserung. — Rousselot (252) empfiehlt zur Behandlung von Sprachfehlern einen Apparat, den der Patient in den Mund nimmt und der die Bewegungen der Zunge und des Kehlkopfes registrirt. Der Patient kann auf diese Weise sehen, wo er von der Norm abweicht und sich selbst controliren.

Casuistische Beiträge für die verschiedenen Arten von Sprachfehlern werden erwähnt S. 41, 42, 253. Makuen (253) berichtet über einen Fall von Wortblind-

heit, Röhr (408) über Aegophonie mit Diplophonie und Dysphonia spastica. — Fälle von hysterischer Taubstummheit werden berichtet von Antony (39, 249), Veis (39). Eine zusammenfassende Abhandlung über Sprachstörungen und ihre Erziehungstherapie giebt Ley (252).

Auf die schädlichen Folgen, die eine forcirte und unzweckmässige Athmung auf die Singstimme ausüben, macht Seiler (36) aufmerksam. — Ziencia-kiewicz (37) und Hellat (37) sind der Ansicht, dass die schon von Mandl für Sänger empfohlene Abdominalathmung für diese den einzig richtigen Athmungstypus darstellt. Ihren Vorzug sieht H. darin, dass dadurch Thorax und Bronchien während des Singens nahezu unverändert bleiben und dass die Bauchmuskeln dem Willen besser gehorchen. — Auch Ypes (251) empfiehlt den costo-abdominalen Athmungstypus bei beiden Geschlechtern. — Th. S. Flatau (38) empfiehlt den Phonographen zur acustischen Darstellung, zum Studium und zur Controle bei Stimmstörungen. — Breitung (251) meint, dass die z. Z. in Gebrauch befindlichen Walzen für die Pathologie noch keine bindenden Schlüsse zulassen. — Maljutin (37) sucht nachzuweisen, dass die Form des harten Gaumens eine sehr hohe Bedeutung für die Singstimme hat. — Paulsen (250) veröffentlicht Untersuchungen über die Tonhöhe der Sprache.

Spiess (40), Curtis, Grant (55) rathen bei nervösen und entzündlichen Störungen der Sprech- und Singstimme zu methodischen Sprachübungen. Curtis erwartet von diesen auch bei ausgebildeten Sängerknötchen noch Erfolg, Spiess dagegen meint, dass ausgebildete Knötchen sich nur durch operative Eingriffe beseitigen lassen. — A. Rosenberg (298, 411) konnte bei verschiedenen Patienten die Fränkel'sche Auffassung von der Entstehung der Sängerknötchen durch Verstopfung dort befindlicher Drüsen bestätigen. Bei unzweckmässigem Verhalten der Patienten entwickelt sich zuweilen eine mehr diffuse Verdickung der Stimmlippe rings um das Knötchen. — Multiple Sängerknötchen beobachtete Compaired (94).

Von den zahlreichen Berichten über benigne Tumoren des Kehlkopfs und der Trachea heben wir folgende Beobachtungen hervor: Amyloid-Geschwülste wurden beobachtet von Martuscelli (94) und P. Manasse (300); dieser unterscheidet gemeine Amyloidgeschwülste und präformirte Bindegewebsgeschwülste, die erst später amyloide Entartung zeigen. — Ueber Papillome berichten Horne (109), Grant (213), Parker (213), Masini (302). — Scanes Spicer (211) hat ein $3^1/_2$jähriges Kind in 3 Sitzungen durch operatives Eingehen bei allgemeiner Narkose mit localer Cocainanästhesie geheilt. — Ewing (536) berichtet von einer Patientin, bei der ein subglottisches Papillom zur Erstickung führte. — Angiom und Lymphangiom wurden beobachtet von Milligan (108), Goris (505), Trask (535).

Ueber Fibrome und Lipome berichten Garel (502); über Cysten Bark (111), Hamilton, Lonys (299, 535). — Eine eingehende Mittheilung über Knorpelgeschwülste verdanken wir Alexander (537).

Die Behandlung maligner Kehlkopftumoren zeigt fortschreitend bessere Resultate. Nach Semon (305) ist sogar die von Sendziak (305) neuerdings aufgestellte Statistik noch nicht geeignet, die Fortschritte auf diesem Gebiete ge-

nügend darzuthun, weil sie nicht auf einer zweckentsprechenden Grundlage aufgebaut ist.

Rutsch (96) empfiehlt aufs Wärmste die Kocher'sche Operationsweise, der er den Hauptantheil an der Besserung der Resultate zuschreibt. Wichtig sind die Trendelenburg'sche Schräglage mit Roser'scher Hängelage des Kopfes, Localanästhesie, einfache Thyreotomie ohne Querschnitt, Nachbehandlung bei gewöhnlicher Trachealcanüle etc. Aehnliche Ansichten und Rathschläge äussert Keen (96) und v. Navratil (540). — Casuistische Mittheilungen rühren her von Wölfler, Wolkowitsch (95), Semon (107), Lennox Browne (110), Woods (111), Hopmann (147) und vielen Anderen, s. S. 303, 304, 305, 538 bis 542. — Ueber Sarcome der Trachea berichten Prota (198, 306), Lemoine (305), Boschi (306).

Zahlreich ist auch in diesem Jahr die Fremdkörperliteratur. Interessante lehrreiche Fälle, bei denen Fremdkörper in den Kehlkopf oder die Luftröhre eingedrungen waren, werden mitgetheilt von Walker Downie (56), Ehrnrooth, Marique, Kiderlen (194), Shields, Patton, Bell, Vignard, Crisler (399 bis 401), Downie, Reimer (452). — Killian (194) berichtet über zwei Fälle, in denen Fremdkörper in die Lunge gerathen waren. Der eine konnte durch die Bronchoscopia inferior entfernt werden (bei einem 4jährigen Knaben); im 2. Fall, bei einem 9jährigen Knaben, wurde nichts gefunden; der Knabe genas. — v. Schrötter (455) entfernte eine Bleiplombe aus einem Bronchus zweiter Ordnung auf bronchoskopischem Wege.

Dittrich (453) glaubt durch Versuche an der Leiche den Beweis erbringen zu können, dass der Nachweis der Fractur eines Schildknorpelhornes intra vitam nicht möglich ist. — Kamnew und Saitta (193) theilen je einen Fall von Kehlkopffractur mit, der tödtlich verlief, weil die Tracheotomie nicht rechtzeitig ausgeführt werden konnte. — Earle (453) konnte zwei erst 13 Stunden nach der Verletzung zur Behandlung kommende Fälle von Durchschneidung der Trachea bez. des Kehlkopfes durch die Naht zur Heilung bringen.

Eine hämorrhagische Form des chronischen Trachealcatarrhs, bei denen infolge von Varicenbildung in der Trachealschleimhaut grössere oder kleinere Hämorrhagien erfolgen, die leicht Veranlassung zu Verwechselungen mit tuberculösen Processen geben können, werden von Massei und Pisenti (197) beschrieben. — Kuhn (198) theilt 2 Fälle von membranöser Tracheitis mit, die sich im Anschluss an pneumonische Erkrankungen entwickelt hatten. Die Membran bestand das eine Mal aus Fibrin und Leukocyten, das andere Mal fand sich eine lebhafte Beimischung von Mucin. — Courtade (198) berichtet über eine Compression der Trachea durch ein Aneurysma, die eine Lähmung der Eröffner vortäuschte.

Instrumente und Apparate: Künstlicher Kehlkopf für Laryngectomirte von Gluck (40). — Gedeckter Aetzmittelträger für Trichloressigsäure von Hecht (314). — Reflector mit peripherer Durchlochung, zur Erleichterung des binocularen Sehens von Schönstedt (408). — Ein neuer Tamponträger für den Kehlkopf von Ed. Meyer (542). — Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel von Paunz (542).

A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

An Präparaten, die Civalleri (499) von Schilddrüsen frisch getödteter Meerschweinchen mittelst der Golgi'schen Methode herstellte, konnte er nachweisen, dass ausser den vasomotorischen noch besondere secretorische Nerven vorhanden sind.

Wenn von den 4 Nebenschilddrüsen bei der Operation nur eine zurückbleibt, treten die Erscheinungen, die Capobianco und Mazziotti (456) sonst bei der experimentellen Parathyroidectomie constatirten, nicht ein. Bei den Nebenschilddrüsen lässt sich demnach bestens das Gesetz demonstriren, dass ein relativ kleiner Theil eines Organplexus die Function des Ganzen zu unterhalten vermag. Moussu (100) berichtet über die therapeutische Wirkung der Nebenschilddrüsen. Livini (542) stellte Untersuchungen über die Morphologie der Arteriae thyreoideae an. Gley (99) glaubt, dass die Function der Parathyroiddrüsen dieselbe sei wie die der Thyreoidea selbst; er fand in den ersteren noch mehr Jod als in den letzteren.

Nach Blum (306) ist die Jodsubstanz der Schilddrüse nicht, wie Baumann annahm, eine aus einem Jodantheil und einem Eiweisskörper gepaarte Verbindung, sondern eine Jodeiweisssubstanz, ein mit Jod gesättigtes Toxalbumin. Nach Herausnahme der Schilddrüse finden sich bei den verendeten Thieren Veränderungen an den Ganglienzellen des Centralnervensystems. Die Schilddrüse ist somit ein Schutzorgan für das Centralnervensystem, indem sie bestimmte, die Ganglienzellen schädigende Stoffe aus dem sie durchspülenden Blute aufgreift; dies geschieht wahrscheinlich dadurch, dass eiweissartige Stoffe derselben das freie Gift an sich fesseln. Das aus dieser Verbindung hervorgehende Thyreotoxalbumin wird innerhalb der Drüse durch Oxydationsprocesse entgiftet. Es entsteht dabei als intermediäres Product der theilweise mit Jod gesättigte toxische Eiweisskörper. Die Schilddrüse ist eine Fesselungs- und Entgiftungsorgan gegenüber schweren, im Organismus entstehenden Nervengiften. Lafayette B. Mendel (499) stellte fest, dass die Nebenschilddrüsen beim Menschen mehr Jod enthalten können, als die eigentliche Schilddrüse; die Schilddrüser neugeborener Kinder ist jodfrei. Anderson und Bergman (99) stellten experimentell-physiologische Untersuchungen über den Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen an. Moussu (99) fütterte junge Thiere regelmässig mit Schilddrüse und beobachtete danach bei Hunden und Katzen ein schnelleres Wachsthum als es Vergleichsthiere zeigten, die von demselben Gewicht waren und bis auf die Schilddrüsenzufuhr unter denselben Bedingungen gehalten wurden. Steinlin (543) wies experimentell nach, dass bei Thieren, denen die Schilddrüse exstirpirt war, die Bildung und Resorption des Callus nach einer Fractur mangelhaft verlief; diese Erfahrungen würden der kürzlich empfohlenen Anwendung von Thyroidextract bei Fracturen eine Unterlage geben. Ueber Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel berichtet Schlotter (309).

Dickson (353) theilt Beobachtungen über die Beziehungen des Uterus zur Schilddrüse mit. Ueber die Schilddrüse und die Menopause berichtet Burr (456). Jeulain (43) schreibt über Jodothyrin bei Thyroid-Chlorose. Mourray (456)

veröffentlicht 1 Fall von Typhus complicirt mit Schilddrüseneiterung und Orchitis. Küttner (254) berichtet über Struma syphilitica, Hültl (200) über die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse. Hare (42) veröffentlicht 1 Fall von acuter Thyroiditis. Schiff (456) schildert 1 Fall von beweglicher Struma substernalis, Wakabayaski (42) eine accessorische Struma am Zungengrunde. Jäger (144) berichtet über Strumametastasen; danach können nicht nur carcinomatöse und und sarcomatöse, sondern auch gutartige Schilddrüsenhypertrophien Metastasen verbreiten, welche durchaus den Charakter reiner Schilddrüsenadenome ohne jegliche maligne Beimischung bewahren und auch die Function der Schilddrüse nach Totalexstirpation der Mutterorgane übernehmen können. Brian (144) beschreibt die Exstirpation eines umfangreichen Kropfs. Schaefer (353) bespricht die Anatomie der Schilddrüse sowie die Pathologie und Therapie des Kropfs. Kraus (100) schreibt über das Kropfherz. Kocher (199) berichtet über glykogenhaltige Strumen. Barth (43) hatte bei 30 Strumafällen mit Thyreodinbehandlung in 73 pCt. guten, in 17 pCt. geringen, in 3 Fällen keinen Erfolg. Kennedy (307) gab bei Kropf in Verbindung mit der Application von rother Quecksilberjodidsalbe Thyroidextract in 5 Fällen mit gutem Erfolg. Nach Bouffleur (353, 457, 543) soll bei Kropf, wenn Thyroidextract und Jod in intraparenchymatösen Injectionen nicht hilft, frühzeitig operirt werden. Das wesentlichste Heilmittel bei Kropf ist nach Schaefer (499) das Jod. Chavette (499) giebt ein Kropfmittel. Zur Actiologie und Symptomatologie des Kropfes äussert sich Adami (543). Bramwell (43) beobachtete Symptome von Thyroidismus bei einem Säugling nach Darreichung von Thyroidextract bei der Mutter. Ueber die Wirkung des Arseniks gegen die Schädlichkeit des Thyreoidin berichten Mabille (100, 255, 458), Red. Not. (353). Ueber Thyreoidverfütterung als entwickelungsförderndes Mittel für zurückgebliebene Kinder berichtet Vinke (44). Bei einfachem Kropf ist nach Servoss (353) die Wirkung des Thyroidextracts eine wunderbare. Ueber Galle als Correctiv bei Hyperactivität der Schilddrüse berichtet Allan (307).

Shepherd (457) empfiehlt die Operationen für alle Fälle von Kropf, die rapides Wachsthum zeigen. Schilling (42) berichtet über Tetanie nach partieller Strumektomie. Oxama (255) findet, dass nach vollständiger Exstirpation des Kropfes beim Hunde der Tod gewöhnlich im Zeitranm von 2 Monaten eintritt. Genevet (405) führte eine Exothyropexie wegen suffocativen Kropfes bei einem Kinde 3 Tage nach der Geburt aus; die Asphyxie verschwand sofort nach der Operation. Shepherd (353) schreibt über die Symptome der Bronchocele und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

Tumoren der Schilddrüse beschreiben Kapsamer (100), Barker (254), Lederman (543), Vitrac (200), Poncet und Rivière (405), Steen (457), Potier (254), Morf (43), Cumston (100).

An den von Hönnig (145) über Morbus Basedowii vorgenommenen anatomischen Untersuchungen ist besonders bemerkenswerth, dass die Hypophysis cerebri nichts Charakteristisches zeigt, nur in einer Minderzahl von Fällen eine abnorm grosse Zahl von chromophilen Zellen. Robinson (354) hält die Basedow'sche Krankheit für eine Form von Hysterie; die Neurose führt zur Hyperaction der

Thyreoidea, welche von histologischen Veränderungen gefolgt ist und sich in der Thyreoidvergiftung äussert. Jannin (255) berichtet über constitutionellen Jodismus, Thyreoidismus und Basedow. Gautier (199) berichtet über 1 Fall, der durch eine minimale Jodbehandlung des Kropfes Thyreoidismus mit starkem Exophthalmus und allen anderen Zeichen des Basedow bekam. Boinet (500) zieht eine Parallele zwischen Diabetes und Basedow. Castaigne und Gilbert (308) schildern 1 Fall von Basedow und Tuberculose der Schilddrüse. Gilbert und Castaigne (307) beobachteten 3 Fälle von Basedow, in denen der erste sich an Typhus anschloss, im zweiten bestanden geschwollene Lymphdrüsen um die Kropfgeschwulst, im dritten handelte es sich um eine tuberculöse Sclerose. Ueber Basedow mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung berichtet Vetlesen (308). Zur Behandlung des Basedow machen Mittheilungen Pitres (308), Anders (44), Kant (44), Red. Not. (44), Paulesco (145), Lanz (146), Courmont (256), Donath (354), Cox (354), Pitres (354), Tschirtek (354), Vetlesen (354), Boisvert (354), Régnier (406), Creel (457), Veslin und Leroy (255). Zabludowski (458) erzielte mittelst der localen Massage bei Basedow ausgesprochene Besserung. Doepfner (146) empfiehlt die partielle Excision der Schilddrüse bei Basedow, wenn interne Behandlung nicht zum Ziele führt. Keen (500) operirte 1 Fall von Basedow. Bonardi (500) berichtet über chirurgische und elektrische Behandlung des Basedow, Regnier (500) über Behandlung des Basedow durch den stabilen Voltastrom. Courmont (256) fand in 1 Falle von Basedow nach Dehnung des Sympathicustammes bedeutende Besserung. François Frank (256) giebt einen physiologischen Beitrag zur Frage der Sympathicus-Resection am Menschen bei Basedow. Lanphear (458) berichtet über die Resection der Halsganglien des Sympathicus bei Epilepsie, Glaucom und Basedow. Faure (256) beschreibt einen mit Myxödem tödtlich verlaufenden Fall von Basedow. Courmont (457) berichtet über 1 Fall von Basedow mit Myxödem.

Gley (160) schreibt über die pathologische Physiologie des Myxödem. Nach Ewald (100) liefert die Schilddrüse eine fermentartige Substanz, die den Stoffwechsel durch Vermittelung des Nervensystems regelt; das Myxödem ist ein durch Ausfall dieser Substanz entstandener pathologischer Zustand, der in einer Schädigung des Stoffwechsels besteht. Hertoghe (309) schreibt über die gutartige chronische Hypothyroidie oder das „abortive Myxödem“. Ponfick (355) fand in einem Falle von Myxödem die Thyreoidea durch Atrophie verkleinert, die Hypophysis zeigte eine Verödung des drüsigen Theils bei unversehrtem Erhaltenbleiben des faserig-nervösen. Ratjen (355) heilte 1 Fall von Myxödem durch Schilddrüsentabletten. Runeberg (44) besserte 1 Fall von Myxödem mit Thyreoidinbehandlung, Popow (44) heilte 1 Fall von Myxödem mit Thyreoidinbehandlung. Kirk (101) giebt 2 Krankengeschichten von acuten Affectionen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Frühstadium des Myxödems. Bei einem Mädchen mit angeborenem Myxödem wandte Sklarek (308) mit gutem Erfolge Schilddrüsenpräparate an.

J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Wenn der Schluckact auf seiner Höhe unterbrochen wird, der Bissen auf den Kehlkopfeingang fällt und dort nicht mehr weggebracht werden kann, dann kann Erstickung eintreten, ohne dass nach Rischawy (45) der Bissen in die Respirationsorgane hineingerathen ist.

Fälle von Fremdkörpern veröffentlichen W. Schmidt (45), Harrington (45), Gangolphe (101), Elliot (102), Jones (200), Segond (201 und 258), Championnière (258), Eitel (310 und 356), Faludy (45), Ruoth (406), Vignard (407), Maau (407), Maitland (407), Barbera (459). Der Sitz der Fremdkörper wurde in ein grossen Zahl der Fälle mit Röntgenstrahlen nachgewiesen. Die Extraction der Fremdkörper erfolgte theils durch Oesophagotomie, theils per vias naturales. — Morestin (102) und Bayer (270 und 312) sahen spontanen Abgang von Fremdkörpern per vias naturales.

Für die Extraction per vias naturales empfehlen Reclus (258), Poirier (258) und Vignard (407) das Graefe'sche Instrument, Phocas (259), Chiari und Killian (312) warnen vor der Anwendung des Münzenfängers bei spitzen Gegenständen und bei Kindern. Hermisson empfiehlt ein von ihm selbst für diesen Zweck construirtes Instrument, das auch Phocas (356) gute Dienste leistete.

Killian (312), Gordon King (356) und W. Bartlett (500) empfehlen die Oesophagoskopie, desgleichen Blum (502), der ein Divertikel, das er mit Bismuth subnitr. füllte, während eine mit Hg gefüllte Sonde in den Magen eingeführt war, ausser mit der Oesophagoskopie auch durch Röntgenstrahlen nachweisen konnte.

Die Diagnose, Aetiologie und Therapie der Pulsionsdivertikel besprechen unter Beibringung je eines Falles Schwalbe (257) und Moesta (258). — Knoll (544) veröffentlicht eine Arbeit über die Dilatation und Deviationen der Speiseröhre. — Abbé (501) beschreibt eine divertikelartige Tasche über einer congenitalen Oesophagusverengerung. — Eine Erweiterung des ganzen Oesophagus beschreibt Keen (501). — Depage (257) operirte ein Divertikel mit Erfolg.

Von tuberculösen Processen, die allerdings sehr selten sind, kommen nach Bartlett (500) im Oesophagus vor: 1. der Tuberkel, 2. das Ulcus, 3. die Fistel, 4. die diffuse Rundzellenentzündung, die sich stets in der Umgebung der sub 1 bis 3 genannten Processe findet.

Veron und Decloux (458) sahen bei einer Alcoholistin den Exitus in Folge von Blutung aus den geplatzten Varicen des Oesophagus eintreten. Mikroskopisch handelte es sich um eine submucöse Venenerweiterung mit Hypertrophie der Muskelschicht.

Spastische Stenosen des Oesophagus publiciren L. Gross (310) und Grosglick (501) als urämische Erscheinung. — Riesman (355) hält Ulcera oesophagi für eine beim Typhus nicht sehr seltene Affection. — Eine Strictur in Folge von typhöser Ulceration veröffentlicht John Pyle (501) und J. E. Summers (356), in Folge von Verdauungsgeschwüren A. Fränkel (459). — Aetzstricturen sind von

Debove (310), Doerr (458), (röhrenförmige Abstossung), Hamilton (459), Borchgrevink (459), Curtis (501), Johnston veröffentlicht, eine syphilitische von Trifiletti (101).

Fälle von Carcinoma oesophagi veröffentlichen: Bruce (102), Mc Farland (102), Finley und Anderson (102) (Tod durch Arrosion der Subclavia), Holinger (102), Fischer (146), Behrend (146), Touche (146), Duplay (147), Lereboullet (311), Thévenot (311), Bauer (459), Eshner (544), W. Meyer (544), Milian (459) (Carcinoma oesophagi mit Aorta verwachsen ohne Perforation), Beale (548) (Carcinoma oesophagi c. paresi nerv. recurrentis utriusque).

Gastpar (544) beschreibt einen Fall von primärem, submucösem Sarcom ohne Metastasen.

Zur Behandlung der krebsigen Stenosen empfiehlt Lambotti (147) den Katheterismus, die Intubation und die Gastrotomie. — Scheer (201) bevorzugt bei nicht maligner Stenose bei erheblicher Entzündung die Gastrotomie, bei geringer Entzündung die Oesophagotomie. — Die Dilatation ist von unten her vorzunehmen; der letzteren Ansicht sind u. A. Borchgrevink (459) Johnston (356, 502), Curtis (501). — Mayo (201, 356) stellt eine Reihe von Leitsätzen für die Behandlung der Stenosen auf.

Trifiletti (101) dilatirte eine syphilitische Stenose am oberen Ende des Oesophagus mit Colin-Verneuil'scher Sonde. — Koeppelin (201, 310) behandelte eine narbige Stenose mit Katheterismus bei einem Patienten der an Lungengangrän zu Grunde ging.

De Guervain (545) resecirte den carcinomatösen Halsabschnitt des Oesophagus. — Permewan (201) heilte ein Carcinoma oesophagi durch die Pharyngotomia subhyoidea, während 1 Fall von Fibromyxom des Oesophagus an Sepsis zu Grunde ging.

Instrument: Electrode zur Electrolyse von Oesophagusdivertikeln Aaron (311).

E. Meyer.

II. Briefkasten.

Einfluss des Radfahrens auf die Luftwege und das Gehör.

Professor Gherardo Ferreri, Docent der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Rom, veranstaltet eine Sammelforschung über die Störungen des Gehörs und die Affectionen der Luftwege, welche durch das Radfahren verursacht werden können, und ersucht alle Collegen, welche ihm in dieser Forschung behülflich sein wollen, sich mit ihm in Verbindung zu setzen.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. sich beziehen.

C.

D.

H.

N.

S.

T.

X.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

E.

F.

G.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin.